N° 68

DE LA

PUTRÉFACTION FŒTALE

IN-UTERO

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Juin 1902

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Théodore GUIRAUDEN

Né à Cette (Hérault)

ANCIEN AIDE PRÉPARATEUR DE CHIMIE BIOLOGIQUE (CONCOURS 1898)
EXTERNE DES HOPITAUX ET DE LA MATERNITÉ DE MONTPELLIER (CONCOURS 1900)
LAURÉAT DE LA FACULTÉ (CONCOURS 1900)

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

ÉDITEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN
FORGUE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻).
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. VALLOIS.	
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. VALLOIS.	MM. L. IMBERT.
RAUZIER.	MOURET.	H. BERTIN-SANS.
MOITESSIER.	GALAVIELLE.	VEDEL.
DE ROUVILLE.	RAYMOND.	JEANBRAU.
PUECH.	VIRES.	POUJOL.

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, Professeur, *Président.* | MM. PUECH, Agrégé.
VALLOIS, Professeur-agrégé. | IMBERT, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

Th. Guirauden.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRYNFELTT

PROFESSEUR D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

A TOUS MES MAITRES

TH. GUIRAUDEN.

AVANT-PROPOS

Dans le courant du mois de septembre 1901, nous fûmes prié par M. le professeur-agrégé Puech de l'accompagner dans une localité des environs pour l'aider dans une embryotomie sur enfant putréfié.

Voici bien près d'une année que l'événement s'est produit. Nous avions à cette époque pris des notes qui nous ont servi à établir l'observation citée plus loin ; nous aurions pu nous dispenser de les consulter, tant notre esprit fut profondément impressionné.

C'était la première fois que nous étions mis en présence d'un cas pathologique de cette nature; nous ne saurions dire ce qui nous a le plus frappé, de l'horrible puanteur qu'exhalait la patiente, de la gravité des symptômes ou la rapidité de la guérison.

Quoi qu'il en soit, nous avons pensé qu'une étude générale sur la putréfaction fœtale in-utero pourrait offrir quelque intérêt et nous nous sommes mis à l'œuvre.

La participation des germes saprophytes dans les phénomènes de putréfaction, la possibilité d'une putréfaction fœtale dans un œuf intact, le rôle des infections génitales dans la pathogénie de cet état, la délivrance et le pronostic, sont autant de chapitres qui nous ont le plus particulièrement attaché.

La ténacité de nos laborieux efforts sera l'excuse des faiblesses que nos juges pourraient relever au cours de cette

étude ; aussi, après de telles réserves, et avec la plus grande confiance, soumettons-nous ce modeste travail à leur bienveillante critique.

Mais auparavant, il nous faut exprimer à tous les Maîtres de cette Faculté, qui se sont occupés de nous, le bonheur que nous ressentons de pouvoir publiquement les en remercier.

M. le professeur Tédenat, dont nous avons été longtemps l'externe, en acceptant la présidence de notre thèse, nous a fait le plus grand honneur et donné une nouvelle preuve d'estime.

M. le professeur Grynfeltt nous a le premier inspiré le goût des études obstétricales. Malgré les distances qui vont nous séparer, nous espérons suivre les sages conseils que lui dicte sa longue expérience.

Pour les enseignements de MM. les professeurs Carrieu, Grasset, Forgue, Estor, Granel, Ducamp, nous les prions de croire à notre vive gratitude.

M. le professeur-agrégé Moitessier, dont nous avons été pendant deux ans le préparateur, s'est montré pour nous un maître et un ami.

En septembre 1901, remplaçant temporairement notre ami Dufoix, interne à la Maternité, nous eûmes comme chef de service M. le professeur-agrégé Puech, qui nous accepta plus tard comme préparateur de son cours d'accouchement ; nous le remercions de nous avoir initié aux manœuvres les plus délicates de l'obstétrique.

Revenu à la Maternité comme externe en janvier 1902, une vacance nous permit encore de remplir pendant deux mois les fonctions d'interne intérimaire. M. le professeur-agrégé Vallois, actuellement chef du service, nous accueillit avec la plus grande bienveillance ; ses enseignements, d'une

rigoureuse précision, nous ont permis de combler certaines lacunes de nos connaissances obstétricales.

Les conférences d'internat, suivies pendant quelque temps, nous ont permis de mieux connaître et apprécier des maîtres comme MM. les professeurs-agrégés Rauzier, Lapeyre et M. Grynfeltt, chef des travaux d'histologie à la Faculté.

Au Dr Guérin-Valmale, ancien chef de clinique, c'est une grosse dette de reconnaissance que nous devons, pour nous avoir si généreusement prodigué son temps et ses conseils.

A notre bon ami, le Dr Reynès, chef de clinique obstétricale, nos souhaits de succès pour l'avenir.

Nous remercions enfin tous ceux qui ont bien voulu nous fournir des observations et, en particulier Mlle Bazin, sage-femme en chef à la Maternité de Montpellier.

En quittant cette Faculté, avec quelque espoir de retour, nous comptons y retrouver plus tard les marques de sympathie qu'on a bien voulu nous accorder jusqu'à ce jour.

DE LA

PUTRÉFACTION FŒTALE IN-UTERO

INTRODUCTION

Il faut en arriver à la thèse de Lempereur (1867) pour être fixé sur la valeur de termes représentant certains états de la mort fœtale in-utero aux divers âges de la grossesse.

Jusqu'à lui, nous retrouvons dans la littérature obstétricale une remarquable collection de récits ayant trait à ce sujet; malheureusement ces faits manquent de précision et c'est indifféremment que l'on parle de fœtus gâtés, macérés, corrompus, etc.

Lorain dit textuellement : « cette femme accouche huit jours après d'un enfant mort, ce fœtus est macéré, putréfié comme on dit. »

De nos jours, la confusion n'est plus possible. Aussi, nous contenterons-nous d'une simple définition de ces différents termes.

La mort du produit de la conception, qui survient pendant les deux premiers mois de grossesse, détermine une *dissolution embryonnaire*. La constitution histologique de ce petit être est si délicate qu'il disparaît, laissant à sa place un liquide sirupeux. Il se dissout : « à peu près comme le

cristallin se fond dans l'humeur aqueuse, après l'opération de la cataracte par abaissement. » (Martin).

Dès la fin du troisième mois, le fœtus peut se momifier ou se macérer.

La *momification* est assez rare, elle se trouve caractérisée par la rétraction des tissus, qui se racornissent et s'appliquent étroitement sur le squelette. On donne à ce fœtus le nom de compressus ou papyraceus lorsque, pendant une grossesse gémellaire, un fœtus ayant succombé du 3e au 5e mois se momifie et s'aplatit contre la paroi utérine. Depaul les compare assez justement aux petits bonshommes en pain d'épice que l'on vend sur les champs de foire.

Une transformation plus fréquente, c'est la *macération* ; le fœtus est alors ramolli, infiltré par une sérosité rougeâtre. Les Allemands l'appellent fœtus *sanguinolentus*. La coloration des téguments est, en effet, brunâtre, et l'épiderme soulevé en bien des endroits laisse voir une surface rouge vernissée. Cette macération ne se produit guère avant le cinquième mois.

Quant à la putréfaction fœtale, nous lisons dans le traité d'accouchement de Tarnier et Budin, datant de 1888, qu'elle ne se produit jamais tant que les membranes de l'œuf sont intactes. Nous allons voir jusqu'à quel point on peut aujourd'hui accepter cette affirmation.

« La *putréfaction*, dit Lempereur, est la décomposition qui s'établit spontanément sous l'influence de certaines conditions au sein des corps organisés privés de vie ; cette décomposition est accompagnée de la production de substances nouvelles et surtout de vapeurs et de gaz remarquables par leur fétidité. »

Cette définition est critiquable pour bien des motifs : Depuis les expériences de Pasteur, la spontanéité des fermentations n'est plus de mise ; les matières les plus putrescibles

échappent à la putréfaction quand on les met à l'abri de l'air où ces bactéries pullulent.

Quant aux conditions qui peuvent influencer la marche de ce phénomène, on connaît la trilogie classique à laquelle Lempereur fait allusion : l'humidité, la chaleur et l'air, ce dernier pour agir impliquant forcément la rupture des membranes ovulaires.

Ce sont ces mêmes notions que nous retrouvons, en 1883, dans la thèse de Chatelain, où il est fait une description assez exacte de la putréfaction fœtale intra-utérine ; à dessein, cet auteur laisse de côté tout un chapitre fort intéressant, celui de la pathogénie.

Nous essayerons d'en dire quelques mots, sans nous dissimuler les difficultés d'une pareille étude.

Chatelain connaissait pourtant et semble ignorer dans la thèse de Joulin l'endroit où celui ci parle d'un cas de putréfaction œuf intact et d'un certain nombre d'autres attribuées à Stolz.

Depuis, d'autres observations sont venues s'ajouter aux précédentes, nous en citons deux : obs. XI et obs. XII.

Les observations de Demelin et Letienne en 1893, de Dubrisay et Legris en 1894, furent le point de départ de la thèse de Baron, qui étudia l'infection du liquide amniotique avec enfant vivant.

En 1900, paraissaient simultanément la thèse de Defouilloy sur l'étude clinique de la putréfaction intra-utérine, et celle de Veaudelle sur l'infection du liquide amniotique pendant la grossesse, sans rupture des membranes de l'œuf.

Nous nous sommes demandé si le même mécanisme dont parle Veaudelle ne pouvait présider à la putréfaction fœtale œuf intact.

On verra ce que nous en pensons, mais, avant d'aller plus loin, nous tenons à donner une définition de ce que l'on doit

entendre par putréfaction fœtale in-utero : *C'est la désorganisation profonde qui, sous l'influence de certaines bactéries, se réalise chez un fœtus ayant succombé dans la cavité utérine, et qui se caractérise par des réactions chimiques, s'accompagnant d'un dégagement gazeux remarquablement fétide.*

Nous essayerons, au cours de ce travail, de prouver également que, si la chaleur et l'humidité du milieu activent considérablement la marche de ce phénomène, l'air favorise la putréfaction, mais ne semble pas indispensable.

PUTRÉFACTION EN GÉNÉRAL

Pour bien comprendre la putréfaction fœtale in-utero, il est nécessaire d'avoir quelques notions précises sur la putréfaction en général.

Toute matière organique privée de vie et riche en matières albuminoïdes se décompose rapidement, lorsqu'on l'abandonne dans certaines conditions d'humidité et de chaleur. (Gautier).

Le phénomène le plus apparent de cette décomposition, c'est un dégagement de gaz extrêmement fétides.

En 1862, Pasteur, en des expériences mémorables, démontrait la présence des microzoaires dans les liquides en putréfaction, et indiquait leur rôle prépondérant.

Evolution. — Les schyzomycétes (Fitz) acteurs de la fermentation putride sont de deux sortes: les uns aérobies, les autres anaérobies.

Les aérobies agissent en premier lieu, et de leur ensemencement sur un liquide putrescible résulte leur prolifération intense. Ils consomment une grande partie de l'oxygène du milieu, puis remontent à la surface, où ils forment un voile épais. De cette combustion résulte une série de composés très simples comme l'eau et l'acide carbonique. Jusque-là, point d'odeur.

Dans une deuxième phase apparaissent des anaérobes qui, à l'abri de l'air, attaquent vigoureusement la molécule albuminoïde, la dissolvent, libérant des atomes de soufre

et de phosphore. Ces deux corps se combinent alors à l'hydrogène que certaines bactéries ont la propriété de produire, et ainsi se trouvent constitués l'hydrogène phosphoré et sulfuré dont l'odeur est si désagréable.

D'autres produits volatils sont encore libérés, entre autres l'ammoniaque.

Du côté des produits fixes étudiés surtout par Gautier et Etard : des ptomaïnes, des acides gras, la leucine, la tyrosine et des bases très toxiques qui résultent des déchets de la vie cellulaire (Macé).

La décomposition se continue ainsi jusqu'à destruction complète de la matière organique.

Agents de la putréfaction. — Ce sont surtout des bactéries.

Au début, on rencontre les saprophytes communs en grande abondance : tels le *bacillus subtilis* et le *bacterium termo.*

Plus tard, ces espèces disparaissent pour faire place au *bacillus fluorescens putridus*, *bacillus fluorescens liquefaciens* et le *bacillus violaceus.* Puis la fermentation arrivant à son apogée : c'est le *proteus vulgaris* et le *proteus admirabilis* qui dominent.

Ce n'est pas à nous de résoudre la question à savoir si l'hydrogène qui sert à former l'hydrogène sulfuré est dû au bacil. *Sulfhydrogeneus* décrit par Miquel ou au *philothion*, substance protoplasmique trouvée dans la cellule et à laquelle Ray Pailhade accorde une très grande puissance réductrice.

Monginet a dans sa thèse étudié les microbes de la putréfaction ; on y trouvera une énumération très complète de ces microorganismes.

Nature des gaz putrides. — Elle est encore peu connue, on sait pourtant, à la suite d'études expérimentales, qu'au début

de toute putréfaction, se produit un dégagement d'hydrogène et d'acide carbonique dans un état de pureté presque absolu. Ces gaz étant inodores ne peuvent intéresser le clinicien, nous ne faisons que les signaler.

Mais dans une phase plus avancée, au moment où la molécule albuminoïde est directement attaquée par les bactéries putréfiantes, il se forme des produits volatils très odorants, en particulier des gaz sulfurés et phosphorés.

Duclaux a consacré quelques pages à l'étude de ces produits sulfurés.

Les anaérobies dégageant de l'hydrogène, celui-ci réduit le soufre répandu dans les divers tissus, s'unit à lui et ainsi se trouve constitué l'hydrogène sulfuré. Ce dernier gaz se transformerait en sulfydrate d'ammoniaque quand le milieu est alcalin.

Enfin, les acides sulfoconjugués se décomposent en donnant naissance à des corps comme le scatol, l'indol, le phénol et le crésol qui contribuent à la formation de ce que Macé appelle le fumet de la putréfaction.

Conditions. — D'après Gautier, les matières albuminoïdes desséchées ne subissent pas de putréfaction, au contraire leur imbibition par des liquides favorise la marche de ce processus.

Le degré de température n'est pas indifférent entre les limites extrêmes de 7° et 9°, la température de 37° à 46° est celle où l'on observe le maximum d'activité.

Les ferments ne peuvent se priver des phosphates terreux et alcalins, et l'abondance de ces sels peut en favoriser la prolifération.

Le sang est un excellent milieu de culture où les microorganismes peuvent atteindre leur maximum de virulence.

Luzatto a déterminé en détail les diverses modifications qui se produisent alors dans le sang putréfié.

Les oxydants, comme le permanganate, sont très préjudiciables aux bactéries parce qu'ils entrainent à leur profit l'hydrogène destiné à la formation de l'hydrogène sulfuré.

Ce dernier gaz, s'il se développe dans un milieu clos, deviendra nuisible pour les mêmes microorganismes dont il procède ; il entravera leur action et pourra même les détruire si on ne lui permet de se renouveler.

PUTRÉFACTION FŒTALE PROPREMENT DITE

Anatomie pathologique

Lésions fœtales. — Dans la majorité des cas, on se trouve en présence d'un petit cadavre très augmenté de volume, atteignant parfois des dimensions fantastiques; c'est ainsi que Varnier parle d'un fœtus de 2,600 grammes qui avait le volume apparent d'un fœtus de cinq kilogr.

Les gaz qui sont mis en liberté au fur et à mesure des progrès de la fermentation envahissent le tissu cellulaire, dilacérant les mailles conjonctives, soulevant la peau, faisant disparaître les méplats et produisant ainsi un emphysème plus ou moins généralisé.

Le fœtus est alors bouffi, défiguré, rendu méconnaissable, soufflé en quelque sorte à la façon des baudruches.

De La Motte décrit fort bien cet état, dont il fait même entrevoir la cause : « J'ai accouché beaucoup de femmes dont les enfants, par le long séjour qu'ils avaient fait au sein de leur mère après y être morts, sont venus enflés non seulement de la tête et du ventre mais de tout le corps, et cette enflure était la suite de la fermentation qu'ils y avaient contractée faute d'être secourus à temps ».

Lorsqu'il y a des procidences, l'emphysème est encore plus net sur les organes extériorisés; il semble que la peau qui les recouvrait, n'étant plus bridée par la résistance des parois utérines, se laisse plus facilement distendre. C'est ainsi

que, dans l'observation VIII on voyait le bras procident se gonfler sous la poussée des gaz à chaque contraction utérine.

Les gaz peuvent encore s'accumuler dans l'abdomen et là exclusivement ; le fœtus peut alors « surnager à la surface du liquide amniotique, comme une outre gonflée flottant sur les eaux » (Smellie). Par son volume il peut créer une cause de dystocie.

Cet emphysème et cette tympanite résonnent à la percussion ; de plus, si l'on déprime les téguments, on y détermine un godet qui persiste et l'on perçoit une crépitation due à l'échappement des gaz à travers les cloisons des logettes conjonctives qu'ils occupaient.

La ponction en un point quelconque des téguments, à l'aide d'une fine aiguille, laisse s'échapper de ces tissus des bouffées de gaz d'odeur infecte dont la nature a déjà été étudiée dans le chapitre précédent.

La teinte du cadavre est pâle, légèrement violacée, avec des marbrures brunes qui le sillonnent en tous sens ; la peau est tendue mais intacte.

Le fœtus peut avoir un tout autre aspect représentant sans doute un stade plus avancé de putréfaction.

Le volume n'en est pas exagéré, le doigt qui déprime les téguments perçoit encore la crépitation emphysémateuse, mais avec moins de netteté, l'épiderme qui se détache assez facilement, donne à la peau un aspect vernissé. Celle-ci a une coloration rougeâtre caractéristique avec de larges placards verdâtres.

Cette classification n'a rien d'absolu, et tel fœtus présente à la fois ces deux aspects sur des organes différents.

Ainsi, pour des taches verdâtres, elles n'envahissent que telle partie du corps fœtal, presque toujours celle qui sortant la première se trouve par le fait dans les meilleures conditions pour se putréfier.

Depaul cite le cas d'une tête qui pendait entre les cuisses d'une femme et présentant une coloration verdâtre. Lamotte et Lempereur ont observé des cas analogues. Cattin parle de putréfaction débutant autour du nombril lorsque la tête est retenue derrière ; c'est en somme le sort de tous les cadavres abandonnés à l'air libre et dont l'abdomen se putréfie le plus précocement.

Il n'y a guère que Staude qui, au Congrès de Hambourg (traduct. A. Puech), citait le cas d'une présentation du siège avec putréfaction avancée du sommet. Peut-être n'y a-t-il eu là qu'une simple nutation de position qui a déplacé la tête, alors que celle-ci était déjà putréfiée.

La coloration verdâtre, qui traduit la rapidité du processus de fermentation sur l'organe procident, est due pour Lempereur au contact de l'air ; à notre avis, les multiples manipulations : forceps, crochets, etc., que l'on fait subir à la partie fœtale qui se présente, doivent favoriser l'extravasation sanguine et par conséquent la putréfaction. Lorsque la putréfaction est avancée, la tête prend les formes les plus bizarres ; les os disjoints baignent dans une substance cérébrale désagrégée, la tête saisie entre les doigts donne la sensation d'un sac de noix, et, lorsqu'on la dépose sur un plan résistant, elle s'affaisse comme une galette.

A l'ouverture du thorax et de l'abdomen, on trouve également les organes splanchniques réduits en une sorte de bouillie, de liquéfaction putride, qui les rend méconnaissables.

Ce déliquium infect, mélangé à des gaz aussi odorants, s'échappe par les narines, la bouche et l'anus, sous la forme d'un liquide rougeâtre spumeux.

Poussée plus loin, la désagrégation atteint son maximum ; on peut voir des cheveux, des lambeaux de cuir chevelu, des

os, des segments de membres, expulsés spontanément ou à la moindre traction.

Agents qui provoquent la putréfaction fœtale in-utero. — Defouilloy a réuni dans sa thèse les diverses recherches bactériologiques qui se rapportent à ce sujet. Lindenthal accuse un bacille anaérobie analogue au bacille aérogène de Welet et Nutall ; l'inoculation d'une culture de ce micro-organisme dans du liquide amniotique amena un dégagement gazeux, tandis que le bacterium coli n'aurait produit des gaz que dans un liquide amniotique sucré.

Au contraire, pour Gebhard, le bacterium coli serait le plus important facteur de la physométrie. Galtier fait remarquer sa présence indéniable tout autour de la vulve, d'où il peut facilement aller infecter le contenu de l'œuf, expliquant aussi dans une certaine mesure la gravité de l'état général.

De ses recherches sur les lochies putrides et les sécrétions bronchiques d'enfants morts putréfiés in-utero, Kronig doute du rôle du bacterium coli à l'état de pureté dans la production de ces gaz putrides.

Dobbin, assistant d'obstétrique à Johns Hopkins Hospital, examinant les organes d'un fœtus mort in-utero, y trouva en abondance le *bacillus aerogenes capsulatus*. Le même bacille fut trouvé par Gobel sur quatre cadavres, et c'est le même encore qui, en 1892, avait servi aux expériences de Welet et Nutall.

Les discordances notées dans ces recherches bactériologiques prouvent tout simplement que les bacilles de la putréfaction ne relèvent pas d'une espèce unique. On peut également se rendre compte que l'on a toujours signalé la présence de saprophytes ; c'est certainement à ces derniers micro-organismes que revient la plus large part dans les phénomènes de la putréfaction.

Conditions

La *mort* du fœtus précède toujours sa putréfaction. Il semble puéril d'énoncer une telle proposition ; cependant, d'après Heischemann, un fœtus aurait vécu une demi-heure bien qu'il présentât des signes de putréfaction. Dans le chapitre consacré au diagnostic, on trouvera une observation due à Baudelocque, où il est parlé d'issue par la matrice de liquides et gaz fétides avec une escharre gangréneuse du sommet, le fœtus étant plein de vie.

Outre la rareté de ces faits, ils ne sont pas en contradiction avec ce que nous affirmions plus haut, la putréfaction ne s'étant emparée que de tissus déjà mortifiés.

Sauf de rares exceptions, la putréfaction n'atteint guère que le fœtus à terme.

D'après Pinard, la mort du fœtus avant la rupture de la poche amènerait une fermentation bien plus rapide.

Quant à l'humidité et la chaleur, ces deux conditions sont réalisées à perfection; le liquide amniotique imbibe le fœtus, et la température qui est celle du corps, peut même subir des élévations au moment des accès fébriles.

L'air est-il une condition indispensable? Chatelain classe les savants qui se sont occupés de la question d'après leurs idées : Liebig, Berzelius, Gay Lussac n'admettent pas la possibilité d'une putréfaction sans la présence de l'air ; John Manners, Luiscius, Fourcroy et Guntz croient à sa réalisation même dans le vide ; enfin, Bœckmann, Hildebrand, de Saussure, Lemaire, Pasteur, etc., considérent l'oxygène de l'air comme favorisant la décomposition putride.

Il cite encore Gautier, qui considère l'oxygène comme

apte à activer la fermentation putride, à lui permettre de parcourir ses phases successives, mais non à la provoquer. Chatelain en conclut que l'air est absolument indispensable, n'admettant la putréfaction qu'après la déchirure des membranes.

A notre avis, on ne saurait aller si loin; que l'oxygène soit absolument nécessaire au début de toute putréfaction, les expériences précédentes le prouvent d'une façon indiscutable ; mais ce gaz doit-il être forcément atmosphérique ?

Peut-on comparer d'autre part les parois de l'utérus à celle d'un ballon en verre dans lequel on réalise les diverses phases de la fermentation ; cette paroi utérine n'est-elle pas vivante, sillonnée de nombreux vaisseaux, gorgée d'un sang artériel sans cesse renouvelé, et ce sang n'est-il pas riche en oxygène ?

Raisonner ainsi, c'est laisser entrevoir la possibilité d'une putréfaction avec œuf intact, nous allons voir en effet que la rupture ne semble pas une condition indispensable.

Causes.

Nous jugeons peu important de connaître l'âge et la parité des femmes chez lesquelles se rencontre le plus fréquemment la putréfaction fœtale.

Celle-ci ne survient guère que dans les milieux pauvres, où l'on manque des soins hygiéniques les plus élémentaires.

Enfin, on peut observer des récidives, probablement parce que les premières conditions ont persisté.

Il n'est guère que deux causes qui méritent de nous retenir : la mort et l'infection.

Cette *mort* peut survenir au cours de la grossesse : maladies aiguës de la mère, maladies fœtales transmises par la

mère, causes annexielles (sténose, torsion, nœud du cordon, placenta hémorragique).

Mais c'est surtout la mort survenant au moment de l'accouchement qui nous intéresse. Le fœtus succombe par suite de la longueur du travail, que celle-ci soit liée à un rétrécissement du bassin, à une tête trop volumineuse (Schmit), à une procidence du cordon (Ribemont, Tarnier), des tumeurs utérines (Tarnier), à la rétraction de l'anneau de Bandl (Chéron, 3 cas), à une mauvaise présentation, etc. Cette mort ne suffit pas, il existe, en effet, deux observations dues à Liebman et Cheston dans lesquelles on mentionne la présence de deux fœtus morts qui ne subissent aucune altération malgré l'ouverture de l'œuf.

Il faut un second facteur : l'*infection*. On a vu plus haut quels étaient les agents produisant la putréfaction, il reste à établir de quelle manière elle se produit : dans l'œuf ouvert et dans l'œuf fermé.

Pathogénie de l'infection.

Comment se fait l'infection l'œuf étant ouvert.

a). *Membranes largement déchirées.* A la clinique de la rue d'Assas, M. Demelin a pu établir, sur un nombre assez élevé d'accouchements, une moyenne de 12 % des cas dans lesquels se produisait une rupture prématurée des membranes. Fait plus intéressant, l'infection du contenu de l'œuf se produirait plus certainement lorsque, entre la rupture de la poche et l'expulsion du fœtus, il n'existe qu'une différence de 12 à 48 heures. Au delà de cette dernière limite, les chances d'infection diminuent.

L'infection reconnaît alors comme cause : les touchers et les procidences.

Normalement il existe des germes dans le vagin. Les recherches de Gœnner sur les sécrétions utérines pendant la grossesse, de Van Hott sur les lochies normales, de Bumm et de Peraire tendent à le prouver ; pour Stini, ces micro-organismes ont une virulence atténuée mais qui peut se réveiller sous l'influence d'un traumatisme comme l'accouchement.

Pour Kehrer, Steffeck, Widal, Doderlein, Walthard, Gœbel, Maslowsky, les germes habitant le vagin seraient pathogènes.

Baron, à qui nous empruntons cette dernière statistique, conclut que « le toucher répété est susceptible de produire l'infection amniotique en portant jusque dans la profondeur de l'organe des germes contenus dans la cavité vaginale ».

Cet auteur ne dit pas que le toucher peut encore infecter le liquide amniotique et par conséquent le fœtus, lorsque le doigt, introduit dans les voies génitales, n'est pas rigoureusement aseptique. Dans ce cas, l'état du vagin n'est pas en cause.

Une cause qui n'est guère signalée, c'est la *procidence* d'un membre ou du cordon. Les microbes du vagin ou même ceux de l'air, lorsque ces organes arrivent jusqu'à l'extérieur, cheminent à leur surface et pénètrent ainsi jusque dans la cavité utérine et sur le corps du fœtus.

Les nombreuses tentatives que l'on entreprend pour réduire ces diverses procidences sont encore de nouvelles chances d'infection.

On pourra s'étonner de nous entendre parler d'infection en général et point du tout de putréfaction. A vrai dire, le mode de pénétration est le même dans ces cas de rupture large ; sont seuls changés les germes qui deviennent des saprophytes et l'état du fœtus qui n'est plus qu'un cadavre.

b) La poche des eaux existant, rien à première vue ne peut faire penser à la rupture des membranes.

Sans mettre en doute la bonne foi des observateurs, nous pensons que bon nombre d'observations de putréfaction fœtale œuf intact ont été à tort ainsi classées.

Les membranes peuvent se rompre très haut, la déchirure être très petite et l'écoulement de liquide amniotique se faire alors si lentement, qu'il passe inaperçu. Cette évacuation réduit le volume de l'œuf, les parois utérines se rétractent cachant bien mieux la plaie, mais l'œuf n'en demeure pas moins ouvert.

Nous avions écrit ces quelques lignes, lorsque les hasards de la clinique nous ont fourni des preuves à l'appui de cette manière de voir :

Observation

Hydramnios, rupture haute, persistance de la poche des eaux jusqu'à dilatation complète et à ce moment rupture artificielle.

La femme N... C..., âgée de 40 ans, en est à sa sixième grossesse. Elle rentre à la Maternité le 22 avril 1902.

Les cinq grossesses précédentes ont évolué sans accidents ; à signaler seulement la lenteur du travail, qui durait toujours une huitaine.

Grossesse actuelle. — Pas de particularités, sauf de l'hydramnios très marqué.

Dans la nuit du 25 au 26 avril, premières douleurs assez vives, et le lendemain en se levant, cette femme s'aperçoit que les draps sont souillés par le liquide amniotique.

Dans la journée du samedi, presque pas de douleurs ; elle se plaint d'être continuellement mouillée.

Le 27 au matin, fortes coliques, pertes abondantes : on pratique le toucher et l'on trouve un col incomplètement effacé, très dilatable. Dans l'intervalle des contractions, on sent une poche très flasque, et pendant les contractions au contraire, les membranes s'appliquent contre la tête qui tend à s'amorcer.

Le doigt, qui pénètre assez facilement à travers l'orifice interne, sent les membranes décollées assez loin, mais pas trace de déchirure. En retirant la main, on amène du liquide nettement amniotique.

Cette femme s'est levée dans la journée, ne souffrant presque pas, ne perdant pour ainsi dire pas ; on avait mis une ceinture eutocique pour faciliter l'engagement, qui n'était pas encore fait.

Le 28, à une heure du matin, la parturiente est transportée dans la salle de travail. Le ventre a *considérablement diminué de volume*, les contractions sont très rapprochées, la tête fortement amorcée, la *poche des eaux est saillante* et l'écoulement nul.

La dilatation étant complète à 5 heures 1/2, on procède à la rupture artificielle de la poche, qui donne issue à une très faible quantité de liquide amniotique.

L'accouchement se termina comme normalement. Expulsion d'un enfant de 4080 grammes un peu étonné.

Le placenta pèse 660 grammes et les membranes mesurent 40 centimètres / 7 centimètres.

En recherchant s'il n'y avait pas quelque indice de rupture haute pour expliquer la persistance de la poche malgré la disparition de l'hydramnios, nous avons trouvé trois petits orifices ellipsoïdes à grand axe transversal, ayant des dimensions qui varient entre 4 et 9 millimètres. Les bords en sont réguliers, taillés comme à l'emporte-pièce dans l'épaisseur des trois membranes, qui sont demeurées très adhérentes entre elles. Très rapprochés les uns des autres, ces orifices sont à environ six centimètres des bords de l'ouverture pratiquée artificiellement à dilatation complète, ils sont enfin situés dans le rayon des membranes où celles-ci avaient leur maximum de longueur, c'est-à-dire presque face au placenta lorsque l'œuf était in-utero. »

Je ne veux pas donner à cette observation plus d'ampleur qu'elle n'en mérite, mais elle me paraît pourtant très instructive.

Plusieurs personnes pratiquent en effet le toucher, et, se basant sur la persistance de la poche, affirment que les membranes sont intactes, doutant même de nos paroles

lorsque nous parlons d'hydramnios et d'écoulement des eaux ; or, ces deux détails ont été contrôlés, et on ne peut contester leur exactitude.

Comment concilier ces phénomènes en apparence si contradictoires ?

La présence des trois orifices constatés sur les membranes dès leur expulsion explique l'écoulement du liquide amniotique, facilité du reste par le clivage de la caduque et le non-engagement de la tête, qui s'est produit très tardivement.

Cet écoulement a été faible mais continu, parce que les orifices étaient très petits, situés très haut, et qu'enfin les contractions furent, jusqu'au dernier moment, peu intenses.

Tant que la tête a été mobile, la femme a perdu ; dès qu'elle s'est amorcée, elle a joué l'office de bonde et l'écoulement a cessé.

Enfin, après la rupture artificielle, le peu de liquide qui restait a été expulsé.

Quant à expliquer la présence de ces orifices : l'insertion basse du placenta et surtout l'hydramnios ne sont probablement pas étrangers à cette déchirure précoce.

Dans l'observation due à Chaleix-Vivies et que nous rapportons plus loin, on parle d'un liquide séro-sanguinolent de mauvaise odeur, précédé quelques jours auparavant de douleurs et d'hémorragies. Cet écoulement fut encore constaté vingt jours après, et l'on dut rompre artificiellement la poche au bout du mois.

Cet écoulement fétide, qui se prolonge trente jours, ne peut guère s'expliquer par une hémorragie se produisant au niveau d'un placenta décollé. Est-il dû à une transsudation de liquides putrides à travers les membranes mortifiées ou à un écoulement des eaux qui se serait produit progressivement à la faveur d'une déchirure haute ?

C'est là une question que nous ne pouvons résoudre.

Comment se fait l'infection œuf intact

Alors que l'œuf est intact, les micro-organismes peuvent prendre deux voies différentes pour atteindre son contenu : la voie placentaire et la voie des membranes.

Infection par voie placentaire. — Brawel et Davaine considéraient le placenta comme une barrière infranchissable vis-à-vis des microbes ; leur proposition était tellement formelle qu'elle devint une loi longtemps indiscutée. Depuis pourtant, de nombreuses expériences ont été entreprises de divers côtés, donnant les résultats les plus discordants.

Le professeur Chauveau n'a jamais pu reproduire le charbon, en inoculant à certains animaux du sang de fœtus dont la mère avait succombé à l'infection charbonneuse.

Examen microscopique direct, inoculations et cultures sont les trois procédés dont Wolf se servit pour en arriver aux mêmes conclusions que Davaine et Chauveau.

Wolf est absolument persuadé que les quelques résultats positifs sont dus à une contamination accidentelle au cours des manipulations de laboratoire ; à peine ose-t-il formuler l'hypothèse que des microbes auraient pu se frayer un passage à travers le placenta altéré.

Strauss et Chamberland se sont les premiers insurgés contre la loi du « placenta filtre parfait » ; avec du sang fœtal ils ont presque toujours obtenu des résultats positifs, rarement les cultures sont restées stériles.

En 1875, Bollinger confirmait ces conclusions.

Le passage du bacille de Koch est admis par Landouzy, Coskor et Koubassof. Pour ce dernier, le bacillus anthracis et le vibrion septique passeraient également.

Chambrelent et Sabrazes, après avoir inoculé du streptoco-

que à une lapine pleine, ont retrouvé ces microbes dans les artères rénales de l'embryon.

En 1887, Malvoz publiait une étude sur le passage des bactéries de la mère au fœtus.

Cet auteur en arrive à ces conclusions, que les microbes passent de la mère au fœtus, grâce aux lésions qu'ils déterminent dans le placenta. Il est beaucoup plus affirmatif que Wolf. Dans une nouvelle série d'expériences, il montre que les poudres inertes sont seules arrêtées par le filtre placentaire.

Que les tares, les débilitations de toute nature favorisent l'invasion du placenta, et que celui-ci se laisse plus facilement traverser par les micro organismes, rien d'étonnant. La vérification en a été faite par les expériences de Charrin et Duclert.

Mais la question si importante de savoir si le placenta retenait ou laissait passer les microbes n'est pas restée dans le domaine des laboratoires : on en a trouvé de nombreuses applications cliniques.

Dans la thèse de Baron, Delestre publie l'observation d'une femme ayant succombé peu après son accouchement d'une infection par le pneumocoque de Talamon-Frœnkel. L'enfant mourut également deux jours après sa naissance, et du sang puisé dans ses divers organes donna des cultures très riches en pneumocoque.

Le cas d'appendicite chez une gestante, communiqué par le professeur Pinard à l'Académie de Médecine est reproduit dans plusieurs thèses. Il s'agit d'une femme enceinte de six mois, opérée par Segond pour appendicite avec péritonite généralisée. L'utérus et ses annexes baignaient dans du pus extrêmement fétide. Dans la soirée, douleurs utérines, et le lendemain expulsion du fœtus.

A l'autopsie, Wallich trouva l'utérus très adhérent à l'in-

testin et pour ainsi dire maçonné d'adhérences. Du sang pris dans le cordon ombilical donna du coli-bacille.

MM. Bar et Renon trouvent le bacille de Koch dans le sang prélevé sur un cordon ombilical.

En 1898, Wallich rapporte le cas d'une accouchée morte de streptococcie deux jours après sa délivrance; le fœtus vécut également deux jours : à l'autopsie on trouva les artères rénales bourrées de streptocoques.

Enfin, Jeannin, à la Société d'obstétrique de Paris, séance de décembre 1901, cite encore une observation d'infection fœtale in-utero par voie placentaire.

Infection par la voie des membranes ovulaires. — Si l'on conçoit assez facilement le passage des bactéries de la mère au fœtus par l'intermédiaire d'un organe aussi vascularisé que le placenta, *a priori* on est tenté de rejeter leur pénétration à travers les membranes intactes.

Cette question n'est guère avancée, sans doute à cause de la difficulté d'un contrôle expérimental.

Il reste, comme le fait Veaudelle, à prendre des termes de comparaisons et déduire avec les seules ressources de la logique.

Veaudelle parle d'abord des expériences de Klecki, étranglant les anses intestinales chez des chiens qu'il sacrifiait au bout de 48 heures.

Klecki retrouva : dans le contenu de l'anse étranglée le coli-bacille augmenté numériquement et bien plus virulent que dans la normale ; dans l'épaisseur de la paroi suivant sa vitalité, il constata son envahissement progressif par ces mêmes bacilles de l'intérieur à l'extérieur, et, lorsque la nécrose fut totale, ces tissus morts servirent simplement de milieu de culture. Pour Klecki, les bacilles prendraient surtout la voie vasculaire.

C'est encore Laruelle trouvant le coli-bacille dans la sérosité du sac des hernies étranglées.

C'est enfin Clado exposant au IV^e^ Congrès français de Chirurgie la bactériologie de l infection herniaire. Il trouva toujours de nombreux coli-bacilles dans le péritoine, aussi bien que dans les glandes intestinales, qui en étaient bourrées.

Veaudelle en conclut que la constatation du passage des agents pathogènes à travers les tissus, de l'intestin dans la cavité péritonéale, sans solution de continuité appréciable, permet de supposer l'infection du liquide amniotique par l'intermédiaire des membranes ovulaires.

Voici son raisonnement : « Qu'on suppose des agents pathogènes entre la paroi utérine et l'œuf. La caduque offrirait si peu de résistance que dans les endométrites les plus banales elle est généralement altérée ; un tissu conjonctif lâche l'unit au chorion. Celui-ci renferme de nombreux vaisseaux qui pourraient, de même que ceux de la tunique musculaire de l'intestin, fournir asile et passage aux agents virulents.

Il reste à traverser l'amnios, dont la partie la plus externe est fibreuse, résistante et sans vaisseaux, formée de fibres solides et parallèles.

Peut-être, lui aussi, l'amnios peut-il être envahi couche par couche, peut-être aussi existe-t-il parfois une solution de continuité très petite et, contrairement à ce qui se passe généralement, le chorion ne résiste-t-il pas, et l'infection du liquide amniotique nous apparaît dès lors comme possible. »

Voici deux faits qui semblent bien confirmer cette manière de voir :

En 1890, le professeur Hergott de Nancy, reproduit la tuberculose chez des cobayes, qu'il inocule avec du liquide amniotique, prélevé chez une cachectique tuberculeuse qui s'était pendue.

M. le professeur Chantemesse publie, dans le *Bulletin Médical* de 1891, l'histoire d'une femme atteinte d'obstruction intestinale par suite de la rétroversion d'un utérus gravide de quatre mois. Une péritonite se déclare, et quelques jours après l'avortement se produit. Curettage qui fait sortir des lambeaux fétides dont la culture donne à l'état de pureté le coli-bacille.

Veaudelle se demande encore si, l'avortement ne s'étant pas produit, les microbes ayant traversé la paroi utérine n'auraient pas envahi le contenu ovulaire en dépassant les membranes de l'œuf.

Nous avons enfin retrouvé des expériences qui montrent indubitablement le passage des micro-organismes par les deux voies indiquées plus haut : placenta et membranes.

En 1890, Simon Erlanger fit des recherches sur des lapines mortes du charbon, dans le but de savoir jusqu'à quel point l'œuf pouvait se laisser pénétrer par le *bacillus anthracis*.

Il en arrive aux conclusions suivantes : la pénétration dépend de la durée de la maladie. Il fait un classement de trois groupes.

1° La maladie est très courte. Les bacilles sont retrouvés dans le placenta maternel ; mais dans le placenta fœtal, les membranes, le liquide, le fœtus, pas de bacilles.

2° La maladie est de durée moyenne : on trouve des bacilles très nombreux dans le placenta maternel, presque pas dans les tissus. Les membranes, les surfaces fœtales en sont couvertes. Le liquide amniotique en contient, mais pas le fœtus proprement dit.

3° La maladie est très longue. Le fœtus lui-même est farci de bacilles.

Au cours d'une même infection, on peut donc voir les agents pathogènes prendre les deux voies ; placenta et mem-

branes, puisque l'on a retrouvé les bactéries dans l'épaisseur de ces deux organes chez le même animal.

Il est enfin prouvé que l'infection du liquide amniotique et celle du fœtus peut se produire par l'intermédiaire des membranes, sans que le placenta ait à intervenir en aucune façon.

La pénétration des micro-organismes par la voie placentaire et celle des membranes étant prouvée, il nous reste à traiter une série de questions.

1° *Où se trouvent les micro-organismes qui vont infecter le contenu de l'œuf intact?* — Ils peuvent se trouver dans le vagin ou sur la muqueuse utérine.

Nous avons vu par ailleurs que le *vagin* était habité par de nombreux microbes. Pour arriver jusqu'à la poche des eaux il est un seul obstacle, le bouchon muqueux de la grossesse. Walthard l'a étudié au point de vue bactériologique, il en conclut que, dans la portion qui semble répondre à la partie moyenne du col, il aurait une réaction acide très défavorable aux bacilles. C'est cette barrière qui, par Pozzi, a été appelée zone dangereuse, et par Clado zone de sécurité. En admettant l'efficacité de cette barrière, elle n'existe plus quand la dilatation commence.

Les micro-organismes peuvent encore se trouver sur la *muqueuse utérine.*

Walter Albert, assistant à la Frauenklin. De Dresde, parlant du contenu microbien de l'utérus puerpéral, cite Thomen, Kronig, Frantz, Walthard, Winkler. Or, sur 190 utérus d'accouchées déclarées saines, 70, soit 41 %, contenaient des germes.

Les microbes existent donc sur la muqueuse utérine.

Pour Doderlein, Wirchoff, Weit, et Lohlein, l'avortement serait dû le plus souvent à une endométrite récente. Walter

Albert les accuse dans certains cas, de laisser évoluer la grossesse jusqu'au terme et à ce moment de montrer une virulence extrême. Il cite deux observations à l'appui : dans l'une un seul toucher fut pratiqué 3 heures avant l'accouchement, or une demi-heure après on constatait 39°,7 et la mort survenait au bout de 42 heures.

A l'autopsie, on trouva un abcès purulent en pleine caduque et qui occupait le fond de l'utérus.

2° *Apparition des germes de la putréfaction dans les voies génitales.* — L'état aigu d'une inflammation des organes génitaux passé, le milieu reste toujours microbien, mais l'élément pathogène qui avait créé l'infection primitive a complètement disparu, laissant la lésion évoluer vers la chronicité en dehors de son intervention.

Cet état nouveau, que l'on pourrait appeler état d'infection secondaire, est entretenu par une flore bactérienne remarquable par le polymorphisme des éléments qui la constituent. La tenacité et le peu de virulence sont encore deux autres caractères qu'on leur reconnaît.

La preuve de cette transformation est facile à établir. Il est classique de trouver, au début de l'urétrite gonococcique de l'homme, le gonocoque presque pur, tandis que de longs mois après s'il persiste un peu d'écoulement, celui-ci ne contient que de rares gonocoques, mais en revanche des bactéries nombreuses et variées.

Or, ce que nous disons de l'urètre de l'homme s'applique exactement aux voies génitales de la femme et les métrites puerpérales et gonococciques changent d'aspect au bout de quelques semaines ; à la place des premiers occupants on trouve des germes nouveaux la plupart du temps saprophytes.

Stini en a publié un cas typique : faisant l'examen bacté-

riologique d'une cavité utérine atteinte antérieurement de gonococcie, le gonocoque fut introuvable, mais il existait une quantité considérable de saprophytes à l'exclusion d'autres micro-organismes.

3° *Manière dont nous comprenons l'infection.* — Le rôle des saprophytes dans ces phénomènes de putréfaction a été étudié plus haut, nous n'y reviendrons pas, mais il ressort nettement de cet exposé que ces micro-organismes ne peuvent se développer qu'en présence des matières organiques privées de vie.

Aussi, tant qu'ils habiteront une muqueuse vivante, végéteront-ils, ayant beaucoup de peine à maintenir leur vitalité, ne donnant lieu à aucune réaction, à aucun symptôme sérieux.

Se produit-il une grossesse, l'accouchement est-il normal et la délivrance parfaite : toujours même silence.

Mais s'il se produit une délivrance incomplète avec rétention in-utero de cotylédons ou de membranes, la mortification s'emparera de ces tissus, qui deviendront un excellent milieu de culture pour des bactéries jusqu'alors inoffensives. Ces saprophytes prolifèreront avec intensité, pouvant produire une véritable toxémie maternelle que Bumm appelle saprœmie.

Aussi, n'est-il pas étonnant de voir MM. Brindau et Macé, entreprenant dans le service du professeur Budin des recherches bactériologiques sur des lochies fétides, trouver des saprophytes nombreux, aérobies ou anaérobies.

Le passage des agents pathogènes virulents à travers les enveloppes de l'œuf a été suffisamment démontré, mais on est en droit de se demander s'il en est encore ainsi pour les saprophytes.

Etant donné ce qui a été dit sur l'activité de ces derniers en présence d'un tissu vivant, nous doutons de leur passage

à travers le placenta ou les membranes, où il n'existe point de lésions, pas la moindre solution de continuité.

Mais le fœtus mort, ses enveloppes participent à cette nécrose, et, loin de se poser en barrière infranchissable, elles deviendront, au contraire, un excellent milieu de culture n'offrant aucune résistance à la pénétration de ces germes.

Dans la première phase de toute fermentation, l'oxygène est absolument indispensable. Nous avons dit qu'au fond, peu importait la provenance de ce gaz, et que le sang circulant à profusion dans la paroi utérine était très riche en oxygène.

C'est dans le sang pouvant s'épancher entre le placenta et les membranes que les aérobies commencent leur œuvre, laissant aux anaérobies le soin de parachever la putréfaction.

Il doit pourtant arriver un instant où le processus destructeur s'arrête, et ce moment arrive quand les gaz dégagés sont assez abondants pour gêner les micro-organismes qui leur ont donné naissance. Ceci nous permet d'expliquer la tolérance extraordinaire de l'utérus qui, dans le cas de Chaleix-Vivies, conserva un fœtus putréfié du 10 juin au 7 juillet.

Dans cet intervalle, la rupture de la poche aurait certainement donné un coup de fouet à la putréfaction, en permettant aux gaz putrides de s'échapper au fur et à mesure de leur production par l'orifice utérin entr'ouvert.

On trouvera sans doute ces données un peu théoriques; nous les livrons comme telles sans vouloir leur accorder une plus grande valeur, mais nous n'avons pas reculé devant leur exposition, toutes les hypothèses étant permises quand elles ne sont pas invraisemblables.

4° *Importance des infections génitales antérieures.* — Une conséquence directe de cette manière de voir est l'im-

portance capitale que nous faisons jouer aux infections génitales, dont les premiers agents ont disparu pour faire place aux saprophytes, qui eux aussi habitent le vagin ou la matrice.

Dans l'observation II, nous trouvons une métrite *post-abortum,* et un peu plus d'un an après se déclarait une putréfaction fœtale.

Dans l'observation communiquée par le Dr Guérin, on trouve une leucorrhée qui, depuis le mariage, est devenue jaunâtre et très abondante.

Dans l'observation X le Dr Maquet parle d'une application de forceps faite cinq ans auparavant, avec des suites de couches troublées par une infection intense, qui avait laissé un état métritique très net.

Peut-être aurions-nous pu faire la même remarque pour les autres observations que nous publions, si au moment de l'interrogatoire on avait soupçonné l'importance que nous donnons à cette notion étiologique.

En terminant, nous tenons à faire remarquer que ce n'est pas pour nous un mode exclusif d'infection et que nous admettons très bien l'apport de microbes exogènes que les touchers, instruments ou manœuvres de toute nature transportent facilement dans l'intérieur des voies génitales jusque sur les membranes de l'œuf.

Symptomatologie et Evolution clinique

Nous allons dans ce chapitre étudier la physionomie d'une femme dont le fœtus, encore in-utero, a subi un commencement de putréfaction.

En suivant pas à pas les diverses phases de la décomposition putride, nous avons vu celle-ci débuter et se prolonger pendant des heures avant d'émettre des miasmes odorants.

Il n'en est pas moins vrai que, dans la pratique, l'*odeur* est le premier signe qui frappe le médecin dès qu'il pénètre dans la chambre, et avant même d'approcher la malade.

Bien des qualificatifs ont été employés pour caractériser cette odeur : miasmes infects, exhalaisons fétides, odeur putride, horrible, fécaloïde, cadavéreuse, etc. Tous expriment le violent dégoût que provoquent ces émanations.

Solowief parle d'un écoulement fétide par les voies génitales, et que le mari dépeignait si horrible que les voisins évitèrent autant que possible d'entrer dans la maison.

De La Motte raconte plaisamment l'histoire d'une opération césarienne pour putréfaction fœtale avec procidence d'un bras tout corrompu. Il fit maintenir la femme par quatre solides gaillards, mais la puanteur de l'enfant était si terrible que les bons et fidèles serviteurs, n'étant pas habitués comme lui à un pareil régal, furent prêts à lâcher prise. La Motte, leur ayant reproché leur lacheté, parvint à les faire rester jusqu'au bout.

L'accouchement terminé, ses aides se retirèrent « étant en leur particulier, dans un plus mauvais état que la malade elle-même. »

Cette odeur lamentable est tellement tenace qu'elle résiste à tous les moyens de désodorisation les plus énergiques. Elle est caractéristique. Duclaux traduit la croyance populaire, lorsqu'il écrit : « l'idée de mauvaise odeur et l'idée de putréfaction sont tellement connexes que d'ordinaire on ne les sépare pas ».

La malade, mieux encore que son entourage, subit cette odeur, elle racontera plus tard son étrange fétidité, mais il est vraiment surprenant de voir la façon dont elle la supporte sans en paraître trop incommodée.

L'état général est loin d'être satisfaisant

Le faciès de la patiente est celui de toutes les infectées,

avec peut-être une teinte spéciale que l'on pourrait caractériser d'un mot : cadavéreuse.

La langue est sale, noirâtre, l'haleine puante ; la respiration très embarrassée, le pouls très rapide et la température élevée.

En découvrant la malade, les gaz infects accumulés sous les draps s'échappent et saisissent violemment à la gorge.

A l'*inspection* du ventre, celui-ci paraît volumineux, pouvant dépasser de beaucoup le volume que l'on est habitué à rencontrer chez une femme enceinte et à terme, sans toutefois atteindre les dimensions fabuleuses que lui accorde De La Motte parlant de « ventre élevé jusqu'au menton ».

Si l'on percute, on trouve de la sonorité sur presque toute la hauteur de l'abdomen où l'on s'attendait à constater la matité d'un utérus gravide.

Ce phénomène si singulier que l'on appelle *physométrie* ou *tympanite utérine*, n'est en somme que la traduction d'un dégagement gazeux se produisant dans la cavité utérine et s'y accumulant faute de trouver une issue.

Ces gaz, produits de la fermentation fœtale, sont très toxiques pour la fibre musculaire, qui lutte d'abord, puis se laisse distendre passivement. Cette paresse est si considérable qu'une sonde introduite dans l'utérus peut ne donner issue à aucun gaz et qu'après la délivrance, l'utérus restant mollasse, on a toutes les peines du monde à obtenir le bloc de sûreté des accoucheurs.

Ce symptôme, qui manque rarement, surtout lorsque la fermentation est avancée, a été particulièrement étudié par Fieux, Lindenthal et Mme Henry.

L'*auscultation* fœtale est, bien entendu, négative, mais on ne doit pas négliger la recherche très attentive de ce signe, alors même que les autres symptômes de la putréfaction existeraient.

Se méfier en particulier des affirmations d'une femme qui prétend ne plus sentir remuer son enfant. On ne s'expose pas alors à commettre les lourdes erreurs de diagnostic que De la Motte et Mauriceau ont accusées.

D'après Stolz, on pourrait entendre chez des femmes portant des fœtus qui commencent à se putréfier un bruissement sourd et irrégulier, assez comparable à celui qui se produit pendant la fermentation d'un liquide ou encore à de l'air passant à travers un vaisseau engorgé.

Malgré l'autorité de Stolz, Joulin ne croit pas à l'existence de ce bruit, qui, pour Bardenet, serait isochrone au pouls maternel.

Dans les cas que nous publions, il n'est jamais parlé *de ce bruit de fermentation.*

L'examen des *parties génitales externes* nous met en présence d'une vulve et d'un vagin tuméfiés, violacés. Cette région porte parfois les traces de violences que les manœuvres entreprises pour extraire le fœtus, difficiles et souvent inefficaces, ne peuvent excuser.

Au *toucher*, on arrive sur un col dilaté ou facilement dilatable à cause de la mollesse des tissus, et à travers l'orifice utérin, on constate soit une procidence, soit une partie fœtale qui l'obture d'une façon assez complète.

On peut déjà juger du degré de fermentation au simple contact de ces organes procidents que l'emphysème distend, et de la tête dont les os disjoints chevauchent considérablement.

Pour peu que l'on déplace la partie fœtale qui s'engage, un flot de liquide sanieux s'échappe, mêlé à de grosses bulles gazeuses qui éclatent en répandant une odeur infecte.

Ces *écoulements sanieux* n'ont point la fluidité du liquide amniotique ; cet écoulement est au contraire épais, grumeleux, tenant en suspension des caillots sanguins décomposés,

du méconium et des débris de membranes ovulaires en déliquescence.

La teinte générale est d'un brun rougeâtre se rapprochant beaucoup de la saumure.

Cette coloration est peu variable; elle se modifie cependant sous l'influence de certains facteurs : le sang, le liquide amniotique, le méconium.

L'enfant souffre-t-il dans le sein maternel, les sphincters se relâchent et l'intestin expulse son contenu.

Or, le fœtus, avant de se putréfier, ne meurt pas toujours brutalement; pendant la période de souffrances, le méconium fortement coloré par la bile est, après son expulsion, brassé dans le liquide amniotique par les mouvements du fœtus en agonie.

A la formation de cet écoulement, participent les hémorragies qui proviennent du décollement intempestif de placentas surtout à insertion basse, et de déchirures plus ou moins importantes des voies génitales produites à la suite d'interventions maladroites.

Si la mort s'était produite après la rupture de la poche et l'écoulement du liquide amniotique, les sanies putrides seraient moins abondantes mais bien plus épaisses.

Enfin, lorsque la fermentation a fait de grands progrès, les liquides qui imbibaient le cadavre transsudent, en même temps que par le nez, la bouche et l'anus sortent les organes splanchniques réduits en bouillie, et pouvant contribuer dans une certaine mesure à l'augmentation de ces pertes fétides.

Cet écoulement est à peu près continuel, il débute dès que la putréfaction fœtale commence, quelquefois même avant, puisqu'il est des cas de putréfaction du liquide amniotique avec enfant vivant.

Quant aux gaz accumulés entre le fœtus et le fond utérin, ou encore dans l'abdomen du fœtus, ils peuvent s'échapper

avec une grande violence lorsque l'on déplace l'organe fœtal qui obturait l'orifice utérin, ou lorsque l'on perfore l'abdomen météorisé du petit cadavre fœtal. Ainsi le cas de Peu : « Je coulais doucement ma main par dessus la peau de ce ventre corrompu, lorsque la mère fit un puissant effort contre moi ; ce ventre bandé par excès se creva par un si grand bruit que je crois qu'on l'entendit de la rue. En même temps, des parties contenues, comme le foie, la rate, les reins, qui étaient séparées, pourries et puantes, sautèrent au dehors et rejaillirent avec tant d'impétuosité que ceux qui m'aidaient en furent couverts aussi bien que moi. »

Des cas analogues ont été signalés par Delore, Armand, Depaul, Charpentier, La Motte.

Mais, chose plus curieuse encore, ces gaz peuvent s'enflammer lorsque, près de l'orifice vulvaire par où ils s'échappent, on met une lumière. Chatelain en cite deux cas dus tous deux à Lucas-Championnière. Voici le passage le plus intéressant de la première observation. « Au moment où je faisais l'extraction du bassin du fœtus, on approcha de l'orifice vulvaire une bougie allumée pour m'éclairer. A cet instant, il se produisit un bruit semblable à celui d'un petit coup de pistolet et il se développa une flamme bleue qui m'entoura, me brûla l'extrémité des cils, et l'accouchée cria qu'elle brûlait en dedans ; la bougie avait été éteinte par l'explosion. »

Dans la seconde « immédiatement après le dégagement du corps et avant la délivrance, une flamme de couleur violette et d'odeur de soufre, dont la chaleur se fit sentir aux mains des personnes qui tenaient la malade, s'échappa avec impétuosité par la vulve, et cette exhalaison allumée, qui s'étendait du dedans de la matrice à plusieurs pas, remplit en s'éteignant incontinent toute la chambre de fumée.

Il y a peut-être là un peu d'exagération, mais il semble que la combustion de l'hydrogène sulfuré et phosphoré pre-

nant naissance au cours de la putréfaction soit possible, surtout lorsque ces gaz en s'accumulant ont produit la physométrie.

Evolution clinique

Ce long exposé des symptômes nous permettra d'être très bref sur l'évolution clinique de cette putréfaction.

En négligeant les cas excessivement rares où la putréfaction se produit sans rupture des membranes, voici comment les choses se passent.

Le plus souvent, début insidieux, le travail est lent, la poche se rompt et l'on constate la mort du fœtus.

De huit à quinze heures après en moyenne, un écoulement assez odorant se fait par la vulve ; on ne note guère qu'une très légère ascension thermique, puis brusquement ou progressivement la femme tombe dans un état d'abattement considérable ; l'écoulement se fait plus fétide, l'abdomen se météorise, on constate de la physométrie. Périodes d'excitation succédant à des périodes d'accalmie.

A travers l'orifice utérin on reconnaît une tête, un membre ou un cordon avec des signes qui ne laissent plus aucun doute sur la nature de la putréfaction.

Bientôt les phénomènes de mauvais augure s'accentuent, Douleurs abdominales, frissons, tendances aux syncopes. Quant aux contractions utérines, elles sont très faibles et très rares, les fibres musculaires étant parésiées, stupéfiées par les poisons qui s'élaborent dans cet organe.

La mort arrive le plus souvent par les progrès de l'intoxication, par saprœmie que Bumm distingue fort bien de l'infection septique proprement dite.

Cette maladie résulterait de la résorption de produits infectieux et pyrétiques (toxines) formés in-utero sous l'influence des saprophytes et qui subissent de la rétention.

La mort peut venir brutalement par embolies gazeuses.

Cependant le tableau change singulièrement si l'on intervient rapidement, en vidant l'utérus de son contenu par les moyens que nous indiquerons au traitement.

Délivrance. — Dans la majorité des cas, la délivrance s'opère très vite. Les observations ne parlent que de délivrances banales, faciles, immédiates. Dans un cas même, elle se produisit d'une façon spontanée pendant un effort de vomissement.

A vrai dire, on opère quelquefois des tractions mais bien timides, étant donné l'état de pourriture dans lequel se trouve le cordon.

L'explication de ce détachement rapide est facile à trouver: le placenta putréfié est un organe mort, ne tenant pour ainsi dire plus à la paroi utérine que par des tractus nécrosés, qui cèdent et se déchirent sans autre cause que le poids du placenta lui-même. C'est ainsi, du reste, que les choses se passent dans les grossesses extra-utérines lorsque le fœtus est mort depuis un certain temps.

On est quelquefois obligé de faire une délivrance artificielle; il n'y a pas là de contradiction avec ce qui vient d'être dit plus haut. Elle est entreprise quand on veut très rapidement débarrasser l'utérus de son contenu, ou bien quand la putréfaction est si profonde que le placenta se morcelle, et qu'alors le poids ne peut intervenir comme facteur de sa chute.

M. le docteur Guérin-Valmale, en communiquant l'observation VI à la Société de médecine et de chirurgie de Montpellier du 25 avril 1902, fit remarquer l'hémorrhagie insignifiante qui suivit la délivrance, contrastant avec l'état de mollesse remarquable des parois utérines.

Frappé de ce fait, nous recherchâmes dans toutes les

observations actuellement entre nos mains, et jamais il n'a été signalé d'hémorragie de la délivrance. Il est hors de doute qu'on aurait noté cette particularité, si elle s'était produite.

Il n'y a pas lieu de s'étonner de cette absence d'hémorragie ; le contraire nous eût surpris. Dans les délivrances normales, les hémorragies se font par la surface utérine que recouvrait le placenta. En tombant, ce dernier laisse une plaie avec des vaisseaux largement ouverts par lesquels le sang s'échappera avec abondance. L'hémorragie ne s'arrêtera qu'au moment où les fibres inextricables de la couche musculaire moyenne joueront, en se resserrant, leur rôle de ligature vivante. Le placenta putréfié s'élimine au contraire un peu à la façon d'une escharre, découvrant une surface utérine en partie mortifiée et où les vaisseaux ne peuvent donner.

Quant aux membranes, elles sont également expulsées en totalité et tenant encore au placenta si la putréfaction est récente, peu prononcée, par lambeaux dans les cas contraires.

Suites de Couches. — L'expulsion totale de l'œuf putréfié amène une détente immédiate dans l'état général de la malade en dehors même de toute intervention antiseptique. Cela se comprend du reste, puisqu'on enlève ainsi une masse considérable d'aliments aux bactéries de la putréfaction.

L'utérus, débarrassé des gaz qui le surdistendaient, ne gêne plus les poumons, qui reprennent leur volume primitif : la respiration devient beaucoup plus ample.

Presque toujours la température fléchit ; quant au pouls qui était si rapide, il diminue très sensiblement de fréquence.

Une sorte de lassitude, de bien-être envahit la malade qui pourrait se croire hors de danger.

Malheureusement, cette accalmie n'est que momentanée, et si l'on n'intervenait pas en désinfectant énergiquement

l'utérus et soutenant l'état général, la mort pourrait survenir à brève échéance.

On sait qu'après une délivrance normale, l'utérus revient sur lui-même grâce à son élasticité et à la rétractilité de ses fibres musculaires. Chez les multipares, cette régression physiologique est retardée par suite des surdistensions répétées au cours des grossesses antérieures. Or, la physométrie vient brutalement rompre la fibre musculaire, sans lui donner le temps de lutter en s'hypertrophiant; ces gaz eux-mêmes exercent une action parésiante sur les fibres musculaires intactes; il ne faut donc pas s'étonner si, dans de pareilles conditions, les parois utérines montrent quelque paresse à ressaisir leur tonus.

La matrice restera donc volumineuse et sa consistance mollasse, au delà des limites habituelles.

Une conséquence directe de ce défaut de régression, c'est la possibilité d'un suintement hémorragique : or ce sang, mêlé aux lambeaux de membranes sphacélées, aux débris de cotylédons placentaires, constitue un aliment plus que suffisant pour permettre aux bactéries de se développer et continuer leur dangereuse action.

La lactation ne paraît pas influencée, et c'est le troisième jour que la montée de lait s'est produite chez la femme de l'observation II. La sécrétion fut aussi abondante que dans la normale.

Un fait qui nous a frappé : *c'est la putridité extrême dont tout l'organisme semble imprégné.*

Il est probable que les bactéries ou leurs toxines, dépassant les limites bien faibles que leur opposent les parois utérines, vont imbiber tous les tissus, pour y déterminer un commencement de fermentation qui compromet fortement leur vitalité; qu'il y a en quelque sorte un début de nécrose cellulaire, avant que l'organisme ne soit entièrement terrassé.

Aussi, lorsque la mort survient, le cadavre rentre-t-il rapidement en putréfaction, et dans une observation de Varnier il est dit que, douze heures après le décès, la putréfaction était tellement avancée et l'infiltration gazeuse si générale, que l'autopsie fut jugée impossible.

Dans les cas plus heureux, en dehors de la défense de chaque cellule vis-à-vis de l'auto-intoxication, on voit tous les organes d'excrétion contribuer dans une très large mesure à l'élimination de cette pourriture.

Du côté du tube intestinal, c'est une diarrhée tenace, constituée par des matières fluides, glaireuses, d'odeur infecte.

Les urines sont rares et riches en couleur comme toute urine fébrile, mais elles sont des plus boueuses et remarquables par leur fétidité.

Au cours des accès vespéraux, les sueurs qui se produisent en abondance, émettent la même odeur insupportable.

Quant à l'haleine, elle est puante.

Nous verrons dans le chapitre consacré au pronostic quel est le sort réservé aux malheureuses que l'on abandonne avec leur fœtus putréfié *in-utero* après de dangereuses manœuvres, et combien au contraire la guérison survient rapidement lorsque l'on suit une thérapeutique éclairée.

Diagnostic

Un écoulement sanieux par les voies génitales, des gaz infects qui se dégagent d'un utérus gravide, l'auscultation négative, la physométrie accompagnée d'un état général plus ou moins défectueux parfois très grave, sont des signes trop apparents pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Des erreurs de diagnostic ont été pourtant citées, voyons dans quelles conditions elles ont pu se produire.

1° *La grossesse n'existe pas.* — Ceci dit surtout pour les partisans d'une physométrie possible en dehors de la putréfaction fœtale.

Hippocrate, Boivin et Dugès, Mauriceau, Frank en rapportent quelques exemples. Ce dernier croit que cette physométrie est due à la fermentation de matières sécrétées par la matrice : flueurs blanches, ichor cancéreux, ou encore caillots d'une rétention de menstrues.

Millot va même jusqu'à donner des signes qui pourront différencier cette tympanite utérine de la tympanite abdominale. Il intitule son article « hydropisie temporaire de l'utérus ou fausse grossesse ».

En admettant que cette physométrie existe, qu'il y ait écoulement fétide comme dans le cancer, les commémoratifs nous éclaireront rapidement sur un début de grossesse, et le toucher nous dira le reste.

2° *La putréfaction fœtale est ignorée.* — *a)* On croit l'enfant vivant et il vient au monde putréfié. — Bardenet, qui rapporte un fait de ce genre, met cette erreur assez grossière sur le compte d'accoucheurs du plus haut mérite, qui selon toute probabilité à l'auscultation « s'en étaient laissé imposer par les pulsations excessivement accélérées du cœur et de l'aorte de la mère ».

Comme Bardenet ne sait pas encore distinguer un fœtus macéré d'un fœtus putréfié, et que d'autre part il est très très sobre de détails dans cette observation, on est en droit de se demander si c'est bien là un cas de véritable putréfaction.

Son cas est du reste unique.

b) On ignore totalement la présence du fœtus putréfié. Cela se rencontre dans les accouchements gémellaires pour lesquels on n'a pas fait le diagnostic de gémellité. Le premier

fœtus est expulsé vivant ou mort, les douleurs se calment, et quelques jours après se manifestent les symptômes de putréfaction intra-utérine ; on croit alors à une rétention d'annexes. Tel est le schéma de l'observation publiée par Shorland. « Le médecin, dit-il, y (l'utérus) soupçonnait quelque fragment de placenta oublié, dont il attendait l'expulsion spontanée. »

C'est Mauriceau, appelé à trancher le différend entre une femme qui sentait remuer un enfant et la sage-femme qui croyait à une putréfaction fœtale, en se basant sur les évacuations puantes et cadavéreuses qui s'écoulaient de la matrice depuis deux jours. Mauriceau accoucha cette femme d'un premier enfant putréfié et d'un second enfant bien vivant.

3° *On croit à la putréfaction*, c'est-à-dire à la *mort du fœtus et celui-ci est vivant.*

a) L'écoulement du liquide amniotique qui se fait par la vulve est si infect que, même sans avoir ausculté, on croit l'enfant putréfié.

Les faits ne sont pourtant pas rares des fœtus qui naissent vivants malgré la corruption des eaux, avec poche rompue depuis longtemps (Baudelocque, Mauriceau, Plouvier, Nœgelé), ou même avant la rupture de la poche (Deubel, Perret, Potocki et Paquy, ces trois derniers cités dans la thèse de Veaudelle).

b) Les faits se montrent sous un tel aspect qu'on ne songe même pas à soupçonner la vie du fœtus. Cette erreur se produit quand la partie qui se présente a subi un commencement de putréfaction.

Ainsi le cas de Baudelocque : Femme en travail depuis deux jours, ventre douloureux, distendu, gaz infects sortant à chaque instant et avec bruit de la matrice, issue de fluides

non moins fétides, tête au détroit supérieur, peau du crâne lâche comme en putrilage, l'épiderme et les cheveux se détachaient et restaient aux doigts, aucun mouvement de l'enfant depuis plus de 24 heures, la femme elle-même exhalait une puanteur cadavéreuse. Baudelocque se disposait à attirer l'enfant avec les crochets, lorsqu'un pressentiment heureux lui fit préférer le forceps, avec lequel il amena un enfant vivant et bien portant, à la réserve d'une escharre gangréneuse qu'il avait au sommet de la tête, mais qui ne comprenait que l'épaisseur de la peau, et qui se détacha à l'instant même.

De la Motte fait une craniotomie à un enfant que la mère n'avait plus senti remuer depuis la veille, et dont la portion du cuir chevelu se présentant était tuméfiée de la grosseur d'un poing, s'y était desséchée, putréfiée. Le fœtus extrait, « il avait encore assez de vie pour recevoir la grâce du Saint-Baptême en cas qu'il ne fût pas baptisé, car il avait été déjà ondoyé au ventre de sa mère, dès que la sage-femme l'avait connu en péril. »

L'auteur ajoute : « La vie de cet enfant fut pour moi une de ces choses qui surprennent au possible ; mais la droiture de l'intention doit lever le scrupule qu'un tel accident et aussi imprévu fait naître d'abord, ce qui fit que je fus très réservé dans la suite. »

Enfin, on lit dans Mauriceau : « Les excrétions puantes de la matrice ne sont pas toujours un signe certain de la mort de l'enfant qui est dans la matrice, puisque celui ci (Obs. CCLIV, p. 211) était vivant quoique les vuidanges de la mère fussent très puantes et qu'il y eut 4 à 5 jours qu'elle fut en travail. »

L'auscultation du cœur fœtal est donc toujours indispensable, alors même que tous les autres symptômes de putréfaction existent et que la mère ne sent plus remuer son enfant.

On voit tout de suite les graves conséquences auxquelles on s'expose quand on ne précise pas le diagnostic. On comprend l'effet désastreux produit sur l'entourage, lorsqu'après avoir annoncé la mort de l'enfant on ramène un fœtus affreusement mutilé et respirant encore.

Pronostic

Une femme abandonnée avec son fœtus putréfié dans la cavité utérine est vouée à une mort à peu près certaine. Nous disons à peu près, car il existe des cas de tolérance vraiment remarquables. Solewiet en cite un : Une femme aurait gardé un enfant putréfié pendant près de 6 ans. C'est après avoir tant tardé que cette femme se décida à se faire extraire les débris fœtaux que contenait sa matrice.

Voici un cas qui est aussi intéressant.

Observation Première

(*In* Thèse de Cambriel, Montpellier 1898)

Antécédents personnels.— A déjà eu un enfant aujourd'hui vivant et bien portant. Grossesse, accouchement et suites normaux

Cette femme se plaint depuis quelque temps de vagues douleurs abdominales, a le ventre enflé, de l'inappétence et des vomissements, mais elle ne doute pas d'une grossesse. Les règles ont manqué pendant trois ou quatre mois.

Le mari, interrogé, nous dit que, depuis l'apparition des douleurs, sa femme a des pertes rougeâtres dont l'odeur est extrêmement fétide et intolérable. Nous proposons alors un examen que la malade refuse d'abord, mais finit par accepter. Voici les résultats de cet examen : au palper, nous constatons que l'utérus est notablement augmenté de volume ; le toucher nous révèle un col un peu ramolli, gros et assez chaud ; au spéculum, le col est violacé et il s'en écoule un liquide ichoreux, épais, couleur lie de vin et horriblement fétide.

En raison de l'extrême fétidité de l'écoulement utérin, le curettage paraît s'imposer ; mais comme les règles manquent depuis trois ou quatre mois, nous conseillons d'attendre en faisant des injections vaginales antiseptiques très abondantes et très fréquentes toutes les deux heures).

Quelques jours après, le mari nous annonce que la malade a senti des mouvements analogues à ceux qu'elle a ressentis lors de sa première grossesse ; il y avait donc grossesse et, en effet, l'auscultation révélait des bruits de cœur fœtaux.

On continue toujours le même traitement, mais en diminuant la fréquence des injections ; la fétidité des pertes persiste encore pendant les mois suivants, jusqu'à l'accouchement, pour lequel nous sommes appelé par la sage-femme. Les douleurs sont très fortes, mais n'aboutissent pas. On perçoit néanmoins très bien les bruits de cœur fœtaux, un peu élevés et à gauche. On trouve au palper la tête au-dessus du pubis ; au toucher, nous trouvons un col effacé et presque entièrement dilaté ; le doigt perçoit très bien les os d'un crâne comme écrasé et en bouillie, et dont les arêtes osseuses chevauchent les unes sur les autres.

Nous faisons mettre la femme en position obstétricale, et, après des lavages et autres précautions antiseptiques, nous introduisons la main dans le vagin et nous trouvons un fœtus de quatre mois environ, situé en travers du segment inférieur de l'utérus et pris entre la paroi de ce dernier et la tête du fœtus vivant, dont il entravait l'issue. Nous procédons avec précaution à l'extraction du fœtus macéré, dont nous sectionnons le cordon au ras de l'ombilic. Après quoi nous faisons la rupture de la poche des eaux de l'autre œuf, et, 10 minutes après, l'expulsion du fœtus vivant se fait d'une façon très normale. Pour la délivrance, nous commençons par celle du placenta à terme, qui vient très facilement et au complet à la suite de très légères tractions, ou, pour mieux dire, tension sur le cordon. Quant au placenta du fœtus macéré, nous avons recours à l'extraction manuelle, qui suffit pour débarrasser totalement l'utérus de son contenu. Ces opérations multiples, faites toujours avec la plus grande antisepsie, sont suivies pendant quelques jours de fréquentes et abondantes injections intra-utérines au sublimé à 1/4000.

Tout écoulement fut vite tari à la suite de ce traitement, et la malade est aujourd'hui complètement guérie. L'enfant né vivant est en parfaite santé.

La mort peut être due à la résorption putride qui imprègne profondément tout l'organisme. Les gaz mis en liberté passent à travers les sinus utérins ouverts et peuvent produire une embolie gazeuse, ou encore s'insinuent entre les mailles musculaires de la matrice pour produire un emphysème de cet organe, parfois même en dépassant les limites.

La péritonite peut encore emporter la malade en quelques jours, et quelquefois il semble que les délabrements causés par des manœuvres maladroites ont pu hâter la terminaison fatale.

Certaines femmes peuvent guérir avec complications comme : phlegmon du ligament large, phlegmatia alba dolens (Obs. II), fistules vésico ou recto-vaginales qui retardent de beaucoup la guérison.

Enfin, certaines guérissent très vite sans qu'on puisse en préciser le pourquoi, peut-être faut-il tenir grand compte de l'état général et surtout du traitement.

Defouilloy a fait un relevé des cas de putréfaction publiés jusqu'en 1900 : il en conclut que la mort survient dans plus de la moitié des cas, d'accord avec M. Bué, qui trouve 60 % de décès et avec Staude, 50 %.

Hofmeyer est celui qui possède la statistique la plus favorable, elle est 23 décès seulement pour cent.

Nous donnons neuf observations inédites qui pourraient être ramenées à un chiffre de onze, puisque deux d'entre elles sont avec récidive.

Nous ne comptons que trois morts, ce qui fait 27°,2. L'un des décès arrive chez une femme en récidive de putréfaction, l'autre se produit sans phénomènes de péritonite mais avec une pleurésie purulente, le troisième enfin survient après des tentatives prolongées sur lesquelles nous ne saurions insister.

En somme, le pronostic ne serait pas si mauvais qu'on a semblé le croire jusqu'à présent. On pourra nous objecter qu'avec un nombre d'observations aussi réduit on ne peut raisonnablement tirer de conclusions sérieuses.

C'est pourtant là notre avis que l'avenir vérifiera, surtout quand on sera persuadé des bienfaits d'une intervention précoce (le diagnostic est si facile) et bien réglée, pour débarrasser l'utérus de son contenu putréfié, tout en ménageant les voies génitales.

Il ne faut pas, du reste, se laisser intimider par la gravité des symptômes. Dans le cas que nous avons pu observer de

près, ils ne nous ont pas du tout paru en rapport avec la bénignité relative du pronostic.

Conduite à tenir dans les cas de putréfaction fœtale.

Inutile d'insister sur le traitement *prophylactique* de la putréfaction in-utero.

Ce serait indiquer les règles de l'antisepsie des voies génitales chez une gestante, que Tarnier a si magistralement exposées dans son livre : *Asepsie et antisepsie en obstétrique.*

Nous nous permettons pourtant de signaler l'importance capitale que prennent ces préceptes lorsque l'enfant a succombé au cours de la grossesse et *a fortiori* lorsque la poche des eaux sera rompue.

Désinfection énergique du vagin, touchers aussi rares que possible et occlusion vulvaire parfaite.

On doit redoubler de précautions, quand on a noté dans les antécédents un état inflammatoire des organes génitaux (métrite, vaginite, etc.) ou un accouchement accompagné de phénomènes de putréfaction.

Mais le *diagnostic de putréfaction fœtale in-utero étant posé* d'une façon indiscutable, il faut agir : 1° Evacuer l'utérus rapidement et d'une façon complète ; 2° poursuivre la désinfection de cet utérus ; 3° remonter l'état général.

1° *Evacuer l'utérus vite et complètement.* On ne peut rien gagner à attendre, bien au contraire, on permettrait à la fermentation de faire des progrès et aux produits toxiques nouvellement formés d'accentuer l'intoxication maternelle.

Pour atteindre le fœtus putréfié, le premier obstacle que l'on peut rencontrer est un col fermé. Il faut procéder sur-le-champ à la dilatation, et, comme le fait remarquer Dufouilloy, le ballon de Champetier serait préférable aux

manœuvres manuelles qui exposent moins aux éraillures du col, c'est-à-dire à de nouvelles portes d'entrée pour l'infection. Si l'on n'a pas de ballon, la manœuvre de Bonnaire est tout indiquée.

Alors commence la véritable évacuation de l'utérus. Voici la conduite à tenir, d'après Varnier :

1° Extrémité céphalique : Basiotribe appliqué sur cette tête et traction. Si le cou se déchire, tirer sur le bras postérieur puis l'antérieur ; si tous deux cèdent, appliquer le basiotribe sur le thorax.

2° Extrémité pelvienne : Si la traction sur un membre inférieur ou les deux à la fois amène leur arrachement : basiotribe.

3° Présentation de l'épaule : Embryotomie rachidienne ou thoracique. Extraction du tronc manuelle ou avec le basiotribe. La tête seule étant restée dernière dans l'utérus, on a recours à l'expression ou au basiotribe pour l'expulser.

On voit donc qu'il n'est jamais question de forceps. Celui-ci peut cependant rendre service dans les présentations du sommet et lorsqu'on n'a pas un basiotribe. L'échec qui suit son application vient de ce que les os étant disjoints n'offrent pas une prise sérieuse et l'instrument dérape. L'insuccès peut encore tenir à un rétrécissement fort ou une tête volumineuse et encore dure. Se bien garder d'insister, surtout comme le fit ce médecin dont il est parlé dans l'observation IV.

Dans une présentation de l'épaule avec bras procident, nous vîmes pratiquer par M. le professeur agrégé Puech une section incomplète du cou, et grâce à ce pont de substance, l évolution du tronc fut très rapidement suivie de l'extraction de la tête dernière. Ce procédé est à recommander.

Enfin, le professeur Gaulard fit une opération de Porro pour enfant putréfié en présentation du tronc et rétraction de l'anneau de Bandl, c'est un excellent procédé pour sup-

primer radicalement le foyer d'infection, mais certainement l'intervention n'a dû être décidée qu'à la dernière extrémité, étant donné l'âge de l'opérée, qui comptait à peine 22 ans.

M. Bué, qui présente ce cas à la Société obstétricale de France en 1899, propose cette intervention dans les cas de présentation du tronc, où l'extraction du fœtus présenterait de plus grosses difficultés que l'éviscération et l'opération Porro elle-même.

2° *Soins à donner à l'utérus débarrassé de son contenu.* — On doit traiter deux facteurs : le défaut de rétractilité et l'infection de l'utérus.

La *rétractilité*, qui ne peut guère nous inquiéter puisque l'hémorragie n'est pas à redouter, peut être obtenue par des injections excessivement chaudes. En cas d'échec, comme cela arriva à M. le Docteur Guérin, faire un énergique massage à travers la paroi abdominale, en même temps que les doigts de la main libre, introduits dans la cavité utérine, essaient de réveiller le tonus disparu.

Cette méthode semble avoir cet avantage que du même coup elle permet de sonder la cavité utérine et d'extraire les débris de placenta et de membranes putréfiés en pratiquant un curage digital.

Le procédé de M. le professeur Budin est tout indiqué dans cet utérus si délabré, et dont les parois ont subi un commencement de mortification qui gagne parfois toute leur épaisseur.

Il faudra ensuite poursuivre la *désinfection* de cet utérus.

On pourrait d'emblée imbiber les parois de l'utérus avec de la teinture d'iode, désinfectant énergique et diffusible, puis laisser une gaze quelques heures pour faciliter le drainage.

Bonnet vante les injections intra-utérines au sublimé fort et répétées chaque deux ou trois heures jusqu'à ce que les lochies sortent propres ; ce désinfectant est énergique, il a donné d'excellents résultats, les observations citées en sont la meilleure preuve, mais il doit être manié avec beaucoup de prudence, et ne peut en aucune façon être employé chez une albuminurique.

Nous accorderions plus de confiance aux irrigations intra-utérines continues avec eau bouillie tiède et faiblement antiseptique. Cette méthode, d'origine française, a été appliquée pour la première fois à l'obstétrique en 1877, par l'allemand Schuking, assistant à la clinique de Halle.

Des expériences nombreuses entreprises dans les diverses cliniques de Paris ont montré l'innocuité de ces irrigations continues. On ne pourrait guère redouter que l'intoxication ; il est facile de la prévenir en employant une solution très faiblement antiseptique et avec des corps peu dangereux comme le permanganate, l'acide borique, etc.

Chatelain préconise les injections d'ergotine, non pas, croyons-nous, contre l'hémorragie, qui n'existe pas, mais comme favorisant la rétraction de l'utérus et s'opposant ainsi à la résorption des matières putrides.

3° *Fortifier l'état général.* — Il est à peine besoin d'insister sur cette indication : les potions toniques à l'alcool, les stimulants diffusibles comme l'acétate d'ammoniaque, doivent être distribués *larga manu*. Enfin, l'alimentation sera très substantielle dès que le permettra l'état des voies digestives.

Observation II

(Personnelle, inédite).

Le 9 septembre 1901, nous fûmes prié par M. le professeur-agrégé Puech, de l'accompagner dans une petite localité des environs, pour l'aider dans une embryotomie sur enfant putréfié.

Il s'agissait d'une femme de 29 ans, très robuste et n'ayant jamais eu de maladie sérieuse.

Réglée à 17 ans. Pertes blanches habituelles.

Mariée à 24 ans. A 21 ans, a déjà eu une grossesse menée à terme.

L'an dernier, elle reste trois mois sans voir ses règles, et le 16 juillet, sans qu'on puisse en déterminer la cause, se produit un avortement ; pertes très abondantes avec gros caillots et embryon. A ce moment, une métrite se déclare assez violente ; douleur et pertes jaunes verdâtres, si bien que le 11 septembre, cette femme entrait à la Maternité pour y rester jusqu'au 3 octobre. On lui fit un curettage et des pansements intra-utérins.

Les règles reparaissent le 12 octobre, et sont encore notées en novembre et décembre Depuis lors, elles sont absentes.

Cette grossesse a évolué normalement, sans vomissements, ni œdèmes, ni crampes stomacales, ni troubles oculaires.

Mardi dernier, c'est-à-dire près du terme, elle se plaint de coliques dans le bas-ventre, endolorissement de toute la région; la sensibilité est telle, que le moindre choc est extrêmement pénible. A partir de ce moment, elle ne sent plus remuer son enfant. Les mictions deviennent très fréquentes, aucun trouble du côté du rectum.

Les douleurs s'accentuent de jour en jour, et la rupture de la poche des eaux se produit spontanément vendredi matin.

Une matrone, appelée le même jour, ne constate rien d'anormal.

Dans la nuit de samedi, douleurs du travail, ce qui ne l'empêche pas de faire son ménage, assez pénible, jusqu'au dimanche soir 11 heures.

A ce moment, elle sent de violents frissons et se couche ; la matrone, effrayée par la lenteur du travail et par l'odeur fétide qui se dégage des voies génitales, appelle un docteur en consultation.

Celui-ci pratique le toucher, et au cours de son exploration

ramène le bras droit sur lequel il place un lacs. Il tente alors une version par manœuvres internes, mais sans résultat. Pendant toutes ces manœuvres, il perçoit de petites détonations comme des coups de pistolet qui répandent une odeur très nettement putride.

Avec M. le professeur-agrégé Puech nous arrivons à Mauguio le lundi à 10 heures du matin. M. Puech trouve, au toucher, un bras droit procident et un col ouvert comme une pièce de cinq francs. Ayant dépassé l'orifice de dilatation, son doigt pénètre dans le creux de l'aisselle, et il n'est arrêté que par la cage osseuse. La puanteur qui se dégage est extrême.

Ayant fait comprendre aux parents, en même temps que la gravité du cas, combien il serait difficile de donner les soins appropriés une fois la délivrance faite, la malade est dirigée sur la Maternité de Montpellier, où elle arrive à 2 heures de l'après-midi.

Etat lamentable de la patiente, qui est secouée par de violents frissons, ne cessant de gémir et de crier, surtout quand on la touche. T. = 39°4.

Le pouls est incomptable, tendance aux syncopes.

Le ventre est énorme, distendu au maximum, la palpation en est presque impossible tant la douleur est vive au simple contact. On devine la tête dans l'hypocondre gauche. La physométrie est considérable, sonorité sur toute l'étendue de l'abdomen.

La vulve est le siège d'une infiltration qui se continue sur une partie du plancher périnéal. Elle est violacée, et à travers son orifice pend le bras droit distendu par l'emphysème, de couleur cadavéreuse, et souillé par un liquide sanieux qui se dégage presque continuellement.

Toilette rapide ; on donne un peu d'éther. On se décide à faire une décollation.

On exécute des tractions sur le bras procident, qui est fortement descendu, dénotant ainsi un commencement d'évolution spontanée.

Dès que le cou est accessible, à l'aide des grands ciseaux de Dubois, M. Puech en pratique la section. Il est favorisé dans cette manœuvre par un crochet qui embrasse très étroitement la région cervicale tout en l'attirant vers la vulve.

Lorsqu'il ne reste plus qu'un lambeau de téguments rattachant la tête au tronc, on fait évoluer ce dernier, qui se dégage par son

plan latéral droit. Le doigt introduit dans la bouche extrait la tête en occipito-pubienne sans trop de difficultés ; on coupe le cordon et l'on frictionne vivement l'utérus, d'où s'échappent des flots de liquide noirâtre mélangés à des gaz infects.

Injection intra-utérine au lysol fort.

Le placenta suit presque aussitôt spontanément. Pas d'hémorragie. Nouvelle injection intra-utérine, 8 litres d'eau lysolée, + 4 litres d'une solution de sublimé au 1/2 %.

On installe l'irrigation intra-utérine continue. La température du liquide est d'environ 27°.

Dans l'espace de 4 heures on a fait passer 170 litres de liquide qui contenaient tout au plus 160 cc. de lysol.

La sonde intra-utérine retirée, nous plaçons dans le vagin deux mèches de gaze assez lâches pour ne pas faire de rétention.

La température est alors de 37° 1 et le P : 108. Vers 9 h. 1/2, violents frissons, la malade demande des couvertures, T. = 37, 9 P. = 104.

A 11 heures, urine 200 cc. ; nous trouvons : 0,20 c. d'albumine sur cette quantité. On n'avait pu retirer aucune goutte d'urine avant l'intervention et, par conséquent, se rendre compte si cette femme était albuminurique.

10 sept. Se plaint de n'avoir pu dormir ; pas de selles depuis dimanche matin.

T. = 37,2 P. = 108. Utérus à l'ombilic.

Dans la journée, 4 injections vaginales de 5 litres chacune, deux au lysol et deux au permanganate de potasse. Potion tonique.

Dans l'après-midi, en allant faire notre contre-visite, nous sommes frappé de la bouffissure du visage très marquée aux paupières. Les yeux sont larmoyants avec sensation de picotement très intense, rien à la gorge. Disséminées sur tout le corps sont de petites plaques rosées prurigineuses. Soif très vive.

La malade a ressenti les premières démangeaisons derrière la nuque un peu avant la visite du matin, mais n'a pas jugé la chose assez importante pour nous la signaler.

Etant donné la présence de l'albumine dans les urines et la température peu élevée 36°8, nous pensâmes à une intoxication médicamenteuse. Régime lacté absolu, injections vaginales à l'eau bouillie.

Le soir, T. = 38, 5.

11 sept. L'éruption s'est accentuée dans la nuit ; sur de larges placards rosés on voit de petites élevures blanchâtres dont les dimensions atteignent jusqu'à la pièce de un franc et ressemblant à une piqûre de moustique. Quelques heures après, véritables bulles de phlyctène dont certaines mesurent 20 centimètres de superficie, les bords en sont irréguliers et auréolés d'un liseré rouge vif. L'épiderme est soulevé par de la sérosité jaunâtre. Ces bulles sont entourées de zones de peau chagrinée un peu plus rose que la normale et pointillée en rouge.

On en trouve sur le tronc et les membres mais plus particulièrement sur le bas-ventre et la face interne des cuisses. Les mains sont gonflées ; son alliance lui fait un mal atroce, elle parle de la faire couper.

Le soir, T. = 38, 5.

12 sept. T. = 37,9 lochies très odorantes ; montée de lait. Le soir injection intra-utérine à l'iode métallique

13 sept. Démangeaisons disparues P, = 104. T. = 37, 9 et le soir 36°9.

14 sept. I e matin 37, 9 le soir 37,7. Petits accès fébriles dans la journée avec frissons et sueurs abondantes. 1 gr. de quinine en deux cachets.

Plus d'albumine dans les urines.

15 sept. Lochies avec encore un peu d'odeur, selles abondantes et fétides. Antipyrine remplaçant la quinine pour faire diminuer la sécrétion laiteuse, qui est très abondante. L'utérus est un peu gros, pas de température.

Le 15e jour, cette femme partait chez elle complètement rétablie.

Autopsie du fœtus. — Poids : 2 kilog. 100 gr. — Longueur : 51 centim.

Longueur du cordon : portion fœtale 34 cm.

Le fœtus est parfaitement constitué. Il est peu augmenté de volume. Sa coloration est brune, avec larges placards verdâtres, L'épiderme est enlevé en bien des endroits donnant à la peau un aspect vernissé.

La tête est informe, le front n'existe plus ; les pariétaux et les frontaux s'étant précipités sur le plancher du crâne forment un plan horizontal limité en arrière par l'occipital, qui n'a pas bougé.

Les fontanelles sont très larges.

Au palper, les téguments cèdent, donnant la sensation d'une crépitation gazeuse.

Dans le creux axillaire droit perforation produite à travers les téguments par le doigt explorateur, tant les tissus sont ramollis.

La section du cou a porté dans l'interligne qui sépare la 7ᵉ vertèbre cervicale de la 1ᵉ dorsale.

Examen du délivre : poids 310 gr., teinte cadavérique brun verdâtre, consistance assez ferme, un seul noyau hémorragique ancien et un plus récent.

Le cordon se déchire très facilement ; les membranes paraissent entières, mesurant 10ᶜ/23ᶜ teinte ardoisée, l'amnios est séparé du chorion.

Observation III

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat.

Femme de 24 ans, bien portante, régulièrement réglée, sans pertes blanches.

Etant à la 23ᵉ semaine de sa grossesse, chute de voiture. Le soir même, douleurs de ventre et quelques caillots.

Les douleurs continuent avec un léger écoulement de sang, et, trois jours après, expulsion de gaz fétides par le vagin.

L'appétit est médiocre, mais la fièvre ne paraît pas intense.

Le 10ᵉ jour, 15 janvier 1877, la malade entre à la Maternité de Lyon : pertes fétides. Temp. 38°,1, le pouls n'a pas dépassé 90. Col mou et ouvert avec une masse diffluente qui fait saillie à travers.

Injection antiseptique.

Le lendemain matin, évacuation de l'utérus avec les doigts aidés d'une pression sur le col.

Irrigation de 4 litres d'eau phéniquée à 2 % dans la cavité utérine, renouvelée chaque douze heures, pendant 5 jours. Guérison complète presque apyrétique.

Observation IV

(inédite)

(due à l'extrême obligeance de M. le professeur-agrégé Vallois.)

Le 17 mars 1900, dans la soirée, j'étais appelé dans un village de l'Hérault, par deux de mes confrères pour terminer un accouchement difficile. L'enfant avait succombé; les applications de forceps étaient impuissantes pour l'extraire ; on me priait de venir pratiquer une basiotripsie.

J'arrivai auprès de la parturiente vers les 11 heures du soir. Je trouvai cette dernière fatiguée, épuisée par un travail qui durait depuis longtemps et par les applications réitérées de forceps qui avaient été tentées. Le pouls était fréquent petit, misérable.

Le ventre, tendu, ne permettait pas de palper. Des parties génitales, tuméfiées, s'écoulait un liquide d'odeur fétide et contenant des fragments de matière cérébrale. La tête fœtale, dont la base était au-dessus du détroit supérieur, semblait descendre plus ou moins dans l'excavation, laminée en quelque sorte par le forceps, qui était resté appliqué sur elle. Une traction modérée exercée sur cet instrument n'imprimait à la tête aucun mouvement. J'enlevai l'instrument, et, avec les précautions antiseptiques habituelles, je pratiquai une basiotripsie (en me servant de l'instrument de M. Tarnier). La saisie, la réduction et l'extraction de la tête s'effectuèrent sans grande difficulté. Le volume du fœtus et surtout son état de putréfaction m'obligèrent à extraire ce dernier en quelque sorte par morceaux. L'extraction de l'enfant fut accompagnée de la sortie de liquides et de gaz d'odeur tellement infecte que les personnes présentes, et particulièrement la sage-femme, tenaient leur mouchoir appliqué contre leur visage.

L'expulsion du délivre suivit l'extraction du fœtus. Après avoir fait passer dans l'utérus plusieurs litres d'une solution antiseptique, je confiai la malade aux soins de son médecin ordinaire, le Dr G..., en lui recommandant de chercher à la remonter par les moyens habituels. Malgré les soins que lui prodigua mon confrère, cette pauvre femme succomba trois quarts d'heure environ après mon départ.

J'ajouterai, pour compléter cette observation, la note suivante, que le docteur G... a eu l'amabilité de rédiger à mon intention :

«Le 20 février 1900, il fut appelé par une sage-femme du village, afin d'examiner une jeune femme qui était sur le point d'accoucher et qui venait de s'aliter, en proie à une vive douleur intercostale droite. La température était de 39° et il constatait à l'auscultation un léger foyer de râles crépitants fins, qui du reste disparurent rapidement à la suite de fortes sinapisations et après ingestion pendant trois jours d'un julep kermétisé et diacodé. Dès le lendemain la fièvre tombait à 38° et le surlendemain la température redevenait normale.

» D'après le calcul de la jeune femme et de la sage-femme, l'accouchement ne pouvait tarder. Il y eut même le jour de la défervescence de petites douleurs, qui firent pratiquer l'examen obstétrical. Le col était assez largement entr'ouvert ; la tête se présentait au détroit supérieur.

» Quatre jours plus tard, le docteur G... eut l'occasion de rencontrer sa cliente, qui lui raconta que les douleurs avaient cessé peu après son départ pour ne reparaître que de loin en loin ; elles étaient faibles. Cet état dura jusqu'au 15 mars, époque où elle fit appeler la sage femme. Il s'agissait cette fois de véritables douleurs, qui allaient en s'accentuant de plus en plus. Le travail semblait devoir bien marcher.

» Le 16, à 4 heures de l'après-midi, le docteur G... fut appelé par la sage-femme, qui était inquiète de ne pas voir avancer l'accouchement malgré l'énergie des douleurs. Il pratiqua l'examen et trouva une présentation du sommet ; mais la tête était retenue par un angle sacro-vertébral très saillant. Comme son doigt était teinté de méconium et que le liquide amniotique avait une odeur fétide, il se décida à faire une application de forceps.

» A 6 heures, tout étant prêt, application du forceps Pajot, mais non sans peine, en raison du volume de la tête fœtale. Après un quart d'heure de tractions extrêmement énergiques, au point d'entraîner presque les personnes qui retenaient la parturiente, on n'avait pas gagné un millimètre.

» A 7 heures, deuxième application de forceps, avec un même résultat négatif. Immédiatement, le docteur G... envoya un mot à un de ses confrères de Montpellier, le priant de venir avec un basio-

tribe. Ce confrère, empêché, ne put accéder à sa demande et envoya à sa place le docteur X..., qui vint (hélas !) sans basiotribe.

» De 9 heures du soir à 2 heures du matin applications de forceps, également sans résultat. En partant, le docteur X... conseilla de laisser pour le moment la malade tranquille, disant qu'il reviendrait le lendemain avec un forceps Tarnier.

» Le lendemain, on envoya une dépêche au docteur X..., qui arriva dans l'après-midi. A 3 heures, on tenta une nouvelle application de forceps, cette fois avec le forceps Tarnier. On fit des tentatives jusqu'à 8 heures du soir, heure à laquelle, pendant une traction, un peu plus violente quoique sans résultat, de la matière cérébrale putréfiée s'écoula entre les branches du forceps. Il fut alors décidé de faire appeler M. le professeur-agrégé Vallois, et en attendant son arrivée, on recoucha la parturiente en laissant le forceps toujours en place.

» A 11 heures du soir, arrivée de M. Vallois, qui, après avoir appliqué le basiotribe, délivra enfin la jeune femme d'un énorme enfant, dont il fut obligé de retirer le corps par morceaux.

» Le poids de l'enfant, malgré la matière cérébrale écoulée, atteignait 6 kilogrammes.

» Trois quarts d'heure environ après le départ de M. Vallois, comme on venait de constater une crépitation neigeuse d'emphysème sous cutané au niveau de la région précordiale, la pauvre femme rendait le dernier soupir.

» Il faut aussi signaler une ancienne fistule recto-vaginale, suite d'une gangrène ancienne datant de l'enfance, laquelle fistule s'était rouverte après la troisième application de forceps. »

Observation V

(Inédite)

Due à l'obligeance de Mlle Bazin, sage-femme en chef à la maternité de Montpellier et avec l'autorisation de M. Bonnaud, ancien chef de service à la maternité de Toulouse.

Femme petite, atteinte de rétrécissement du bassin ; aspect rachitique. — Promontoire accessible au toucher, de même toute la face antérieure du sacrum.

Bassin. — Exploration pendant la vie.

Diam. sacro-sous-pubien..... 9 cent. et demi.
— sacro-sous-pubien..... 9 centim.
— minimum..... 8 —
— moyen de l'excavation..... 9 —

Bassin cylindrique rétréci de haut en bas.

Poche des eaux rompue dans la nuit du 8 au 9 mai.

Examen du 10 mai. — Col dilatable, comme une pièce de 5 fr. — Col et vagin pleins de granulations.

Présentation du sommet ; bosse sanguine énorme masquant les sutures et les fontanelles. — Par le palper mensurateur la tête déborde le détroit supérieur de 1 à 2 centim. en avant ainsi que sur les côtés. — Exagération du volume de la tête.

Auscultation. — Maximum à droite et en avant, un peu au-dessus de l'ombilic, 84 pulsations à la minute.

Pouls de la mère 96 pulsations.

Utérus dur, tétanisé, le fœtus souffre, le méconium s'écoule en abondance. — Même jour à 11 heures du soir, la dilatation n'avance pas, le col est dilaté comme 2 fr. — Par l'auscultation on n'entend plus les bruits du cœur. — L'état général de la femme n'est pas mauvais.

11. — *Toucher.* — Col épais, dur, mais pas douloureux ; rigidité anatomique à laquelle vient s'ajouter la rigidité spasmodique ; la malade est fatiguée, le pouls fréquent, l'utérus tétanisé.

Traitement. — Chloral en lavement à la dose de 4 grammes, la malade dort une partie de la nuit.

12. — Dilatation complète à 7 heures du matin. — A 9 heures, par la percussion on trouve : sonorité exagérée au niveau de l'utérus. Toutes les précautions antiseptiques prises et la malade chloroformisée chirurgicalement, on applique le forceps Tarnier au détroit supérieur. Malgré des tractions énergiques, la tête ne bouge pas ; des gaz d'une fétidité intense s'échappent du vagin.

Application du basiotribe : la tête, saisie et broyée, est entraînée facilement dans l'excavation et à l'extérieur, mais il est impossible de faire descendre le tronc. Le cou s'allonge, cède enfin, la tête est arrachée. Des gaz fétides plus abondants continuent à s'échapper.

Les tractions sur les deux bras ramenés à la vulve sont infructueuses, ils cèdent.

Application du céphalotribe de Bailly sur le tronc, qui est extrait non sans efforts.

Délivrance spontanée 20 minutes après l'accouchement. Injection utérine au bi-iodure au 0,025 mil.

Une heure après, frisson violent. Temp. 39°4. Lavages antiseptiques fréquents. A 6 heures du soir, injection intra-utérine. Temp. 36°6, pouls fréquent.

Enfant. — Poids de l'enfant : 3 kil. 410 gram., volume de l'abdomen dilaté par les gaz de la putréfaction : énorme. C'est là que siégeait l'obstacle. — La tête de l'enfant a été saisie par sa base obliquement de la région fronto-orbitaire droite à l'oreille gauche, ainsi que le montre bien encore le moule fait quelques heures après.

Le gâteau formé par la tête ainsi aplatie présente, sur toute sa circonférence, une dureté extrême au niveau de la partie moyenne des cuillers du basiotribe 12 centim. et demi dans le plus grand diamètre et 8 centim. et demi au niveau de la saillie des parties molles entre les branches des cuillers.

Suites des couches. — Deuxième jour, matin injection intra-utérine. — Temp. 36°6. — Midi, nouveau lavage intra-utérin. — A 8 heures du soir, injection vaginale. — Temp. 37°, la malade va à la selle trois fois dans la nuit.

Troisième jour. — Pouls fréquent, la malade est agitée et ne veut plus rester dans son lit. — Nausées, vomissements, injections vaginales toutes les deux heures. Temp. 37°. Les vomissements sont fréquents toute la journée. A 8 heures du soir, temp. 37°5.

Traitement : 1 gr. 50 de bromhy. de quinine ; extrait thébaïque, rhum, Champagne frappé, vin de Bordeaux.

Quatrième jour. — Dès la nuit, un léger frisson s'est produit ; à 6 heures du matin, injection et lavages antiseptiques. Temp. = 36,8.

A 8 heures du matin, frisson violent durant 45 minutes, vomissements. Injections vaginales toutes les deux heures. Soir, temp., 37,2, Pendant la nuit, la malade est un peu plus agitée, l'abdomen plus douloureux ; elle est allée quatre fois à la selle.

Cinquième jour. — Vomissements, diarrhée ; matin, 84 pulsations. Temp. = 37°. A 5 heures du soir, frisson violent pendant trois quarts d'heure. Temp. = 39,8.

Sixième jour. — Cessation des injections vaginales, fréquents lavages antiseptiques ; l'état de la malade est sensiblement amélioré, mais, à partir de midi, vomissements, diarrhée intense qui diminue pendant la nuit. Temp. = 38,8.

Traitement : Bouillon, Champagne frappé, Bordeaux, café, quinine 1 gr. 50, extrait thébaïque.

Septième jour. — 1 heure matin, frisson violent durant 35 minutes, vomissements, pouls très fréquent, diarrhée disparue ; la malade n'est pas allée à la selle pendant la nuit. Syncope, nouveau frisson pendant 40 minutes. Temp. = 39,8.

Traitement : Bouillon, Champagne frappé, lait quinine.

Huitième jour. — Vomissements, diarrhée, frisson durant 40 minutes. Temp. = 39,8 ; selles fréquentes pendant la journée. Le soir, la malade paraît bien mieux. Temp. = 37,2.

Traitement : Lavages antiseptiques, bouillon, Champagne frappé, lait, quinine.

Neuvième jour. — Frissons violents et répétés, syncopes ; pas de vomissements, selles fréquentes. Temp., soir 37°, et à minuit, après un frisson qui a duré une demi-heure, la température était à 41°. Même traitement que les jours précédents.

Dixième jour. — Les vomissements ont apparu de nouveau, frissons assez violents, la diarrhée continue ; température matin, 37,1, soir 37,8 ; la malade paraît bien fatiguée.

Traitement : Tisane, café, quinine, bouillon, on supprime l'opium.

Onzième jour. — Frissons assez violents pendant lesquels la température monte à 40,9 ; six heures après, la malade étant relativement bien se lève pendant 20 minutes ; les vomissements recommencent sitôt après, la diarrhée continue, et on donne un lavement avec XV gouttes de laudanum. Temp. = 37,6.

Douzième jour. — Malgré le lavement laudanisé, la diarrhée persiste, les frissons sont violents et répétés ; la température 40°3, après lesquels la malade est plongée dans une espèce de sommeil très agité. Même traitement.

Treizième jour.— La diarrhée, qui paraissait avoir cédé le matin, reprend son cours et plus intense ; nouveaux frissons. Soir, la malade paraît assez bien, la diarrhée cesse. Temp. = 40°6.

Quatorzième jour. — Les frissons continuent toujours, mais la diarrhée n'a pas reparu. Soir, temp. = 39,4, vomissements.

Quinzième jour.— Frissons violents ; temp., 40°8, diarrhée reparue et dure toute la nuit.

Seizième jour. — Réapparition des vomissements ; la malade est très accablée, les frissons violents ; la malade a eu le délire ; la diarrhée a cessé ; temp. = 41°9

Dix-septième jour.— Malade très agitée, frissons durant de 25 minutes à un quart d'heure. Temp = 38,9. La nuit a été très mauvaise, la malade ne prend plus la quinine qui lui provoque des vomissements.

Traitement : Extrait thébaïque, pastilles de bicarbonate de soude, potion cordiale du Codex, bouillon, tisane, etc.

Dix-huitième jour. — La malade est très mal, elle n'a pas le sentiment de ce qui se passe autour d'elle ; temp. = 40°, frisson violent pendant un quart d'heure ; le soir, la température baisse et n'est que de 38,3.

A 10 heures, la malade est à l'agonie.

A 11 heures 25, elle rend le dernier soupir.

Nécropsie. — 24 heures après la mort. — Cavité abdominale, — Pas d'épanchement, pas de trace de péritonite, culs-de-sac vaginaux sans rupture, utérus encore volumineux ; à la coupe et à gauche de la ligne médiane, quelques gouttelettes de pus ; pas de lésions du côté des veines utéro-ovariennes ni les lymphatiques de l'abdomen. Le foie, la rate, et les reins sains en apparence et sur les coupes

Cavité thoracique. — Epanchement de liquide séro-purulent évalué à 500 gr. environ à droite, et un peu moins considérable à gauche. — Fausses membranes nombreuses couvrant la plèvre viscérale et pleurale. — Pas de noyau suppuré dans les poumons, qui sont diminués de volume. L'examen histologique n'a pas été fait, mais le liquide pleural renfermait des streptocoques nombreux.

Poids du bassin	390	gram.	
Diam. sacro-sus-pubien	8	centim.	5
Minimum	7	—	5
Sacro-sous-pubien	9	—	
Transverse	12	—	
Entre les épines iliaques antérieures et supérieures	23	—	5

Entre les crêtes iliaques.....	27	—	5
Diam. sacro-cotyloïdien.....	7	—	5
Transverse du détroit inférieur.....	13	—	5
— de l'excavation.....	10	—	5
— antéro-postérieur de l'excavation.....	9	—	
Distance entre les épines sciatiques, de épine iliaque antérieure et supérieure à l'ischion.....	14	—	5
Hauteur de la symphyse.....	4	—	5

Observation VI

(Inédite)

(Communiquée à la Société des Sciences Médicales de Montpellier, avril 1902)

Grossesse à terme méconnue jusqu'à l'expulsion de l'enfant ; putréfaction fœtale. due à M. le Dr Guérin-Valmale, ancien chef de clinique obstétricale.

Mme X., âgée de 35 ans, couturière, habite un village des environs de Montpellier. Rien ne peut nous intéresser dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement, elle jouit d'une santé habituellement très bonne, mais elle a toujours eu de la leucorrhée qui depuis son mariage est devenue jaunâtre et très abondante. Réglée à 14 ans et depuis lors assez bien, elle se maria à 30 ans mais n'eut jamais de grossesse ; aussi avait-elle perdu tout espoir de maternité.

Le 22 mai 1901, ses règles parurent pour la dernière fois et depuis lors elle n'eut jamais la moindre perte sanguine. Le ventre avait bien grossi, les seins aussi quelque peu, mais on pensait à un état maladif.

Depuis quelques mois, en effet, les deux bras et la poitrine présentaient quelques plaques d'eczéma ; or, peu après la disparition des règles, une poussée se produisit et l'eczéma envahit le bas-ventre et un peu les membres inférieurs. Aussi en vertu du fameux adage « *Post hoc ergo propter hoc* » n'eut-on aucune difficulté à expliquer l'aménorrhée par la poussée eczémateuse.

La malade, d'ailleurs, suivait un traitement, à ce sujet, que lui ordonnait un de nos confrères pharmacien, qui la voyait assez sou-

vent. Or, il y a deux mois, c'est-à-dire sept mois après l'arrêt des règles, la malade se présenta un jour chez ce confrère, inquiète des dires d'une voisine et lui demanda si par hasard elle ne pouvait pas être enceinte La réponse très catégorique fut que, vu le développement de son ventre et la date de ses dernières règles, la chose n'était pas possible.

La malade partit rassurée. D'ailleurs ce lui était chose facile, car elle ne souffrait de nulle part, n'avait eu aucun trouble et ne se plaignait que d'un peu d'essoufflement quand elle montait ou marchait vite.

Depuis quelque temps les deux jambes s'étaient un peu œdématiées, mais il n'y avait ni maux de tête, ni épigastralgie, peut-être quelques troubles oculaires fugaces.

Dans la nuit du jeudi 6 au vendredi 7 mars, la malade ressentit de violentes douleurs dans les reins et n'y pouvant tenir réveilla son mari. Peu après un abondant écoulement de liquide se fit par le vagin. Les coliques au lieu de se calmer augmentèrent et durèrent ainsi toute la journée du vendredi.

L'écoulement du liquide persistait intermittent. Durant la nuit suivante, la journée de samedi et la nuit du samedi au dimanche, ces phénomènes continuèrent, mais dans la journée et cette dernière nuit, l'écoulement avait pris une odeur très fétide. Le dimanche matin on envoya chercher un docteur d'un village voisin qui palpa l'abdomen de la femme et déclara qu'il n'y avait pas lieu de craindre et qu'il s'agissait simplement d'un kyste de l'ovaire.

Au moment de son départ, une voisine ayant demandé au docteur s'il ne pensait pas à une grossesse, il remonta dans la chambre, revit la malade et porta à nouveau le même diagnostic.

L'état resta le même durant toute la matinée du dimanche, lorsque vers midi les coliques ayant à peu près cessé, la malade se plaignit d'une lourdeur dans le bas-ventre et eut successivement sept faiblesses, presque des syncopes. Elle se souvint alors qu'elle n'avait pas uriné depuis trois jours, et dans l'après-midi on envoya chez la sage femme qui possède une sonde vésicale, pour qu'elle vînt faire uriner la malade.

L'accoucheuse arriva à cinq heures du soir et, au moment de sonder la femme, reconnut une tête fœtale à moitié sortie de la vulve :

elle fit faire quelques efforts à la parturiente et l'accouchement se termina aussitôt par la naissance d'un enfant mort.

Au moment de l'expulsion de l'enfant, il y eut issue de quelques gaz, une odeur insupportable se dégagea et un liquide louche s'écoula en abondance. La sage-femme tenta de faire la délivrance, mais le cordon pourri se rompit dans ses mains en plusieurs fragments et le placenta resta retenu dans l'utérus.

Il y eut peu d'hémorragie.

Devant un pareil état de choses, l'accoucheuse réclama sagement l'assistance d'un docteur. On alla aussitôt chercher dans un village peu éloigné un de nos confrères dont la compétence en la matière est indiscutable. Celui-ci essaya de faire la délivrance artificielle, mais se heurta à l'orifice cordical en partie refermé et ne put le franchir.

A minuit j'arrivai, on me fit voir d'abord le cadavre de l'enfant. C'était une belle fillette de 3,500 à 3,600 grammes La peau n'était nulle part altérée comme dans la macération ; au contraire, les épaules avaient conservé une belle couleur, mais la tête était bouffie, et l'abdomen, considérablement distendu, offrait une teinte bleue très accusée. Une violente odeur fétide se dégageait du petit cadavre et indiquait un degré de putréfaction assez avancé. La tête, très allongée, présentait la déformation caractéristique des occipito-sacrées, mais je ne pus connaître des assistants le mode suivant lequel elle s'était dégagée. Le cordon, absolument de couleur chocolat et diffluent, était fragmenté et sans consistance.

Après cet examen de l'enfant, je fus mis en présence de la mère. C'était une femme assez intelligente, de taille plutôt petite, mais solidement charpentée. Un peu pâle, affaiblie par la souffrance et respirant avec précipitation, elle avait de fréquents hoquets et des nausées mais sans vomissements. Le pouls battait 160, la température paraissait élevée.

L'abdomen, distendu et volumineux, ne présentait sur la peau rien d'anormal, et je n'y trouvai, pas plus que sur les membres, trace de l'eczéma qui avait dû guérir récemment. L'utérus, fortement déjeté à droite, s'élevait à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Entre les jambes de la malade, un lac de liquide roussâtre d'où une horrible odeur de putréfaction se dégageait.

Ayant fait placer la malade sur le bord du lit, je la désinfectai

du mieux possible et constatai un œdème très marqué des membres inférieurs (surtout à gauche) des grandes et petites lèvres, et une rupture périnéale jusqu'au sphincter anal.

Après injection vaginale au sublimé et soigneuse désinfection de mes bras, je tentai la délivrance artificielle. Longtemps je fus arrêté par l'anneau de Bandl, mais lentement je pus insinuer ma main doigt à doigt, et j'arrivai enfin dans la cavité utérine en provoquant un dégagement de liquide et de gaz d'une atroce puanteur.

Le placenta était dans la corne encore quelque peu adhérent ; j'achevai le clivage et finalement l'entraînai à l'extérieur ; puis je fis une injection intra-utérine de 8 litres. Ayant tamponné la femme à la vulve, je la fis replacer sur son lit, dont on avait ôté toutes les parties souillées.

Ce qui me frappa au cours de cette délivrance artificielle, c'est que tandis que j'achevais le décollement, puis pendant l'extraction et après l'extraction du placenta, il n'y eut que peu ou pas d'hémorragie, et cependant, le segment supérieur de l'utérus restait mou et flasque, l'utérus cédait sous la main ; mes doigts, qui dans la cavité utérine cherchaient à exciter le muscle utérin pour obtenir la rétraction, n'aboutissaient qu'à chiffonner la paroi utérine relativement peu épaisse, me semble-t il. Ce n'est que sous l'influence des injections intra-utérines très chaudes, que la rétraction s'est partiellement opérée.

Avant de quitter la malade, je pris la température axillaire, qui donna 38°3, et j'ordonnai deux grammes d'ergot de seigle.

L'état général était grave ; le pouls, très rapide, était plus faible qu'avant l'intervention, les nausées continuaient et, en outre, je dois signaler que, pendant toutes nos manœuvres et même après, la malade laissait involontairement échapper, à tout instant, une diarrhée gris-verdâtre, grumeleuse et fétide.

L'intervention finie, quand je laissai la malade, ce ne fut pas sans de graves appréhensions et sans avoir porté auprès de la famille un pronostic des plus sombres, tant au point de vue de l'altération des tissus péri-utérins et de la possibilité de fistules par compression prolongée qu'au point de vue même de la vie de la malade qui me paraissait bien compromise.

J'ai appris depuis lors que mes prévisions ne se sont heureusement réalisées qu'en partie. Après des accidents fébriles graves,

cette femme a présenté une double fistule vésico vaginale et une phlegmatia alba dolens des deux côtés. Actuellement, elle est en bonne voie de guérison de cette dernière complication.

Observation VII

(inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr Reynes, chef de la clinique obstétricale.

Un soir du mois de décembre 1900, on vint me prier, à 9 h. du soir, d'aller remplacer M. le professeur agrégé Puech, absent, pour une opération qu'on lui demandait de venir faire à Poussan.

La lettre du docteur que l'on me remit, indiquait quatre applications de forceps tentées au détroit supérieur pour un rétrécissement assez considérable du bassin.

La vis d'articulation du forceps s'était rompue à la dernière prise, et le confrère nous laissait entendre qu'une basiotripsie serait probablement nécessaire.

En arrivant, à une heure du matin, voici les renseignements qui nous furent fournis.

Il s'agissait d'une primipare à terme, âgée de 25 ans environ. Cette femme avait été prise des premières douleurs trois jours auparavant. La dilatation avait été très lente à se produire ; la poche des eaux s'était rompue, un peu avant la dilatation, petite paume, dans la nuit qui avait précédé ma venue, soit depuis 24 heures. Contractions extrêmement énergiques jusqu'à 2 heures de l'après-midi.

Vers 3 heures, les bruits du cœur étant fortement ralentis, le col étant complètement dilatable quoiqu'encore incomplètement dilaté, le médecin tente les applications de forceps dont nous avons parlé, sur une tête appliquée, sur le droit supérieur, en droite transverse. C'est à ce moment que l'intervention d'un spécialiste fut jugée nécessaire.

Introduit auprès de la parturiente, je trouve un pouls à 116. temp. 38°,8, le faciès est grippé, les yeux brillants. Au toucher, le vagin est chaud, la dilatation paraît petite paume, la tête haut retenue est en droite transverse [1], les bruits du cœur ne sont plus

[1] Cette tête ne paraît pas cependant déborder au-dessus de l'arc antérieur du bassin, la face antérieure du sacrum est accessible dans presque toute sa hauteur.

perçus. D'accord avec le médecin traitant, je décide de tenter d'abord une application du forceps Tarnier, quitte à avoir recours à une basiotripsie si l'extraction paraissait présenter des difficultés trop grandes.

Je fis une prise directe quant à la tête, antéro-postérieure quant au bassin, sans être trop gêné par le col qui se dilatait facilement.

Quelques tractions énergiques firent franchir le rétrécissement; la rotation interne ne présenta pas de difficultés et je pus extraire un enfant volumineux, mais présentant déjà, au ventre et à la face interne des cuisses, des plaques rougeâtres dues à la macération avec chute de l'épiderme. Son odeur était tellement nauséabonde que la sage-femme abandonna, pour se détourner, la cuisse droite de la femme qu'elle avait mission de tenir.

Le cordon était macéré. Au bout d'un certain temps, le placenta tardant à venir, je fis une délivrance artificielle, le délivre verdâtre présentait aussi une odeur infecte. Je fis passer une injection intra-utérine d'environ 8 litres de sublimé.

Deux points de suture au périnée, un bon pansement et je partis.

Trois jours après, une lettre m'apprenait que cette femme était apyrétique depuis la matinée qui avait suivi mon intervention. Au dixième jour, elle se levait, et aucune complication n'a marqué ses suites de couches.

Observation VIII

(inédite.)

(Due à M. le docteur Maquet, de Ganges.)

Présentation de l'épaule avec putréfaction fœtale récidivée.

Il y a sept à huit ans, mon excellent confrère le docteur Nines, accoucheur bien connu de la région, appelé à Brancas, commune de Cazillac, auprès d'une femme en travail, constata une présentation vicieuse et me fit prier de venir en consultation le lendemain avec lui.

Il s'agissait d'une primipare de 24 à 25 ans, travaillant habituellement à son ménage. La dilatation était comme deux francs et le fœtus mort en présentation de l'épaule. J'essayai une version par manœuvres externes, mais sans résultat, aussi après une antisepsie aussi soignée que possible (bains, injections vaginales au sublimé), attendîmes-nous une dilatation complète. La poche des eaux était rompue, mais la femme n'avait pas de fièvre et fort peu de douleurs.

Dans la nuit, mon confrère me fait rappeler, le bras était défléchi et paraissait à la vulve. Du vagin se dégageait une odeur absolument repoussante. A chaque contraction utérine, le bras se gonflait sous la poussée du gaz comme un ballon d'enfant. Je le piquai avec des épingles pour libérer les gaz qui s'échappèrent, répandant une odeur insupportable. Nous essayâmes la version successivement tous les deux, mais il était impossible d'arriver aux pieds : l'utérus était fortement rétracté, et la tête mollasse et dont les os étaient disjoints me coiffait la main et je ne pouvais m'en débarrasser. Etant donné l'état de l'enfant, je n'hésitai pas, pour donner du jour, à désarticuler l'épaule (ce que, à défaut d'instrument sous la main, je dus faire avec des cisailles à tailler la vigne). Après cette opération, je pus enfin extraire assez facilement l'enfant.

Après une délivrance banale, on fit des injections vaginales au sublimé et les suites de couches furent très simples. La femme était sur pied douze jours après.

L'année suivante, je fus à nouveau mandé auprès d'elle. Il y avait encore présentation de l'épaule, bras défléchi à la vulve et pertes fétides. mais la pauvre femme avait eu un long frisson quelques instants avant mon arrivée. Sa température atteignait 39°. Elle avait quelques vomissements. Séance tenante, je la délivrai par une version interne et terminai par des injections au sublimé et au phénosalyl alternées.

Malheureusement, une péritonite aiguë évolua très rapidement, et quarante-huit heures après l'accouchement, elle décéda.

Observation IX

(inédite)

due à M. le Docteur Maquet de Ganges

Multipare, Venter pendulus, rupture prématurée de la poche, putréfaction fœtale, guérison. Récidive et guérison

Il y a sept ans, je fus un jour appelé auprès d'une femme en travail qui ne pouvait accoucher.

J'appris que cinq ans auparavant, âgée de 23 ans, elle avait fait une première couche très pénible pour laquelle mon confrère, le Docteur Nines, avait dû intervenir par une laborieuse application de forceps. Les suites de couches avaient été troublées par une infec-

tion intense qui avait laissé un état métritique très net. Depuis lors, la femme avait présenté une abondante leucorrhée muco-purulente et avait constamment souffert de douleurs dans le bas-ventre et les reins.

A mon arrivée, je me trouvais en présence d'une femme de 28 ans de petite taille et d'aspect rachitique. Elle avait une ensellure lombaire assez marquée et son abdomen, projeté en avant, retombait sur la face antérieure des cuisses, véritable type du *venter pendulus*.

La femme était en travail et la poche des eaux rompue depuis deux jours; du vagin s'écoulait un liquide très fétide. L'utérus, fortement en antéversion, pendait en avant de la symphyse, en sorte qu'il n'y avait pas à proprement parler de présentation. Aussi, les contractions, cependant très vives, ne pouvaient donner aucun effet utile.

Je fis de mon mieux l'antisepsie de cette femme par des injections au sublimé, un bain, puis je fis maintenir le ventre avec une ceinture, et enfin après 12 à 15 heures, je pus extraire l'enfant mort et putréfié depuis longtemps déjà. La délivrance se fit fort bien, mais le placenta répandait une violente odeur.

Durant les suites de couches, il fut fait des injections vaginales au sublimé et au phénosalyl. La malade se remit assez vite et bien.

Deux ans après, je revis cette femme pour un nouvel accouchement. Elle souffrait déjà depuis deux ou trois jours, assistée de quelques matrones. La situation était la même que la fois précédente : même état de choses, même fétidité, même solution.

Depuis lors, la malade est en bonne santé et n'a rien présenté d'obstétrical.

Observation X

(inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Reynès, chef de clinique obstétricale

Le 20 juin 1901, je fus appelé pour une cliente de Mme X..., sage femme de la ville. A mon arrivée, voici ce que m'apprit l'accoucheuse instruite, avec qui j'avais été plusieurs fois en rapport :

Mme G... est primigeste, âgée de 31 ans, mariée depuis deux années. De taille un peu au-dessus de la moyenne, paraissant robuste malgré une légère scoliose dorsale.

D'après le calcul des dernières règles, elle aurait été exactement à terme au 30 juin 1901.

La rupture de la poche des eaux se fit, alors que le travail n'était pas encore déclaré. Le liquide amniotique continue à s'écouler lentement pendant les jours qui suivent.

La sage-femme ayant constaté cet état et une tête au détroit supérieur en O.I.G.A, encore un peu mobile, recommande des soins antiseptiques.

Le 5e jour se déclarent les douleurs, la dilatation est très lente. Quant aux bruits du cœur, ils ne sont plus perçus le 6e jour.

Durant les 5 jours suivants, la sage femme continua ses visites, constatant des douleurs irrégulières et peu efficaces ; la température s'élève le soir.

Appelé en consultation le 11e jour, voici ce que je constate :

Au toucher, à travers l'orifice de dilatation, le cuir chevelu et les os du crâne donnent l'impression de quelque chose de fluctuant ; l'orifice utérin se laissant facilement dilater, on arrive alors sur le massif facial, qui est retenu au-dessus du détroit supérieur. Le diagnostic de position, à cause de l'état de cette tête, ne peut être fait.

Application de forceps. En l'introduisant à droite pour guider la cuiller, il s'échappe de l'utérus des liquides et des gaz d'odeur putride. La tête amenée à la vulve paraît de volume moyen, mollasse. L'extraction des épaules présente de grosses difficultés à cause du volume fœtal, un bras même est fracturé.

Hémorragie de la délivrance un peu notable, délivrance artificielle. L'extraction est rendue un peu difficile à cause d'une rétraction momentanée de l'anneau de Bandl. Le placenta et les membranes sont sortis au complet.

Injection intra-utérine au liquide iodé, puis 8 litres de liquide permanganaté. Deux points de suture pour réparer une petite brèche vulvaire. Gaze et poudre iodoformée.

Le lendemain matin, Temp. = 36°,4 ; le soir, 36°,8 ; injection vaginale au sublimé. Le 7e jour, on enlève les fils ; la malade n'a pas eu 37°,5 depuis son accouchement.

Elle est actuellement enceinte de 4 mois.

Observation XI

Rétention d'un fœtus mort dans la cavité utérine. Œuf intact. Accidents généraux graves. Guérison.

(Chaleix-Vivies, in *Revue de Gynéc., Obst. et Pœdiatrie* de Bordeaux, mars 1900)

Mme X..., 24 ans, bonne santé habituelle ; pas de syphilis personnelle ou conjugale.

Dernières règles au commencement de février 1899 ; vers le 15 février, nausées, dégoûts, etc., les seins ont grossi. Les règles n'ont pas reparu en mars.

Le 10 juin, sans qu'elle puisse rattacher ce fait à aucune cause, telle que chute, excès de fatigue, etc., elle eut dans la journée une perte de sang assez abondante, suivie mais non précédée de quelques contractions utérines douloureuses. Elle se mit au repos. La perte s'arrêta, mais les douleurs persistèrent, tout en s'atténuant. Pas de montée de lait. Au bout de quelques jours se produisit un écoulement séro-sanguinolent, de mauvaise odeur, et les douleurs s'accrurent. Etat général mauvais : inappétence, insomnie, céphalalgie, courbatures.

Le 2 juillet, grand frisson suivi d'une sensation de chaleur. Le même frisson se renouvela dans la nuit du 4 au 5.

Je suis appelé pour la première fois le 5 juillet. Température : 39°,5. Pouls : 100.

La malade se plaint de vives contractions utérines douloureuses. L'utérus remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis ; il est douloureux à la pression dans toute son étendue. Ecoulement vaginal brûnatre fétide peu abondant. Au toucher, le col est ramolli, non entr'ouvert, ne dénote aucun signe de travail. Urination normale, pas d'albumine.

Jusqu'à ce moment, la malade n'avait pris aucune précaution antiseptique ; à peine quelques injections d'eau boriquée non bouillie.

Il est prescrit des injections d'eau bouillie avec 0,25 cent. de sublimé par litre, 1 gramme de sulfate de quinine en vingt-quatre heures. Un lavement avec XXX gouttes de laudanum, après évacuation complète de l'intestin

6 juillet. La nuit a été bonne, la malade se sent mieux, les contractions utérines douloureuses ont cessé. Température : 37°,4. Pouls : 100. Respiration normale.

Sous l'influence des injections, les pertes sont devenues moins fétides.

Sulfate de quinine, 1 gr. Le soir, nouveau frisson : température = 39°.6, pouls = 106, respiration normale.

Les contractions utérines reprennent avec intensité. Le col n'est pas effacé, il est à peine entr'ouvert.

7. Temp. : matin, 38°8 ; temp : soir, 39°4 ; pouls, 120, respiration fréquente.

La malade est très affaiblie ; langue sèche, nausées, vomissements, céphalalgie ; pas d'albumine.

Il est décidé de provoquer l'accouchement ; anesthésie chloroformique.

Je suis assisté par mon confrère M. le docteur Gibert, chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Introduction, comme par un mouvement de vrille, de l'index droit dans le col ; le canal cervical est parcouru dans son entier et l'orifice interne franchi. Introduction assez difficile du médius à côté de l'index. Pendant ces manœuvres, le corps de l'utérus est maintenu par la main gauche solidement appliquée sur l'abdomen. Peu à peu, les deux autres doigts sont introduits dans le col, et il est procédé, avec une pression exercée de dedans en dehors, à une sorte de manège inter cervical. Dès l'introduction du troisième doigt, la main tout entière a

pénétré dans le vagin et prend un point d'appui sur la paroi postérieure de cet organe.

Rupture de la poche des eaux : il s'écoule un liquide épais, brun, d'odeur très fétide. J'attire à l'orifice cervical une tête assez volumineuse et le lui fais franchir par une traction sur le cou. Issue facile du reste du corps. Le liquide qui suit l'extraction du fœtus est toujours d'une extrême fétidité. Il me paraît qu'il y a tout avantage à hâter la complète évacuation de l'utérus ; j'y introduis aisément la main et ramène au-dehors un placenta volumineux, plat, de coloration noirâtre, très fétide. Cordon grêle, au milieu duquel se trouve un nœud très serré.

Longue injection vaginale, puis utérine, au permanganate de potasse à 50 centigrammes pour 1000.

Très peu de sang s'est écoulé avant, pendant et après la délivrance. Un crayon d'iodoforme est laissé dans l'utérus ; léger tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Ces manœuvres ont duré en tout une demi-heure ; il s'était écoulé vingt minutes depuis le moment où mon index avait tenté de pénétrer dans le col jusqu'à l'extraction totale du fœtus.

Fœtus macéré, ventre volumineux : la mort paraît remonter à une vingtaine de jours.

8. La malade a dormi et n'a plus éprouvé de contraction utérine. Ablation de la gaze iodoformée. Injection utérine au permanganate de potasse.

Température = matin, 38°, le soir, 39°,6. Pouls = 120.

Sulfate de quinine : 1 gramme.

9. Temp.: matin, 37°,2. Injection utérine.

On constate de l'ictère de la face, surtout intense au niveau des sclérotiques. Régime lacté. Huile de ricin : 30 grammes.

Température = matin, 30°8. Pouls = 80.

Dans la soirée, une douleur brusque, intense, éclate dans l'hypocondre droit.

11. La température est montée sans frisson à 39°6. Pouls = 90.

L'ictère est généralisé ; la douleur spontanée au niveau de l'hypocondre droit persiste, avec une moindre acuité, mais elle est intense à la pression. Le foie est augmenté de volume ; son bord inférieur dépasse les fausses côtes, au niveau d'une ligne tirée verticalement au point d'union de la neuvième côte avec le cartilage sternal, vomissements alimentaires ; aucune substance, même la glace, n'est tolérée ; urination, 800 grammes dans les 24 heures. L'urine, de couleur jaune rougeâtre, contient une notable quantité de sels et de pigments biliaires.

Des lotions froides répétées faites par tout le corps, amènent un grand bien-être, tandis qu'une application très chaude sur l'hypocondre droit soulage quelque peu les douleurs. Injection sous-cutanée d'un gramme de bromhydrate de quinine.

Le soir, température : 39°,6.

12. Diminution notable de la douleur.

Température : matin, 38°.6 ; le soir, 38°.

Continuation des lotions froides. Injections sous-cutanées de 1 gramme de bromhydrate de quinine. Les selles sont assurées chaque jour au moyen d'un lavement purgatif.

Prurit intense par tout le corps. Accentuation de l'ictère. Le foie a augmenté de volume ; son bord inférieur dépasse de 8 centimètres les fausses côtes, mais il est un peu moins douloureux à la pression ; les vomissements ont diminué : il est gardé un peu de lait glacé.

13. Même état, plus de vomissements ; le prurit persiste avec intensité.

Température : matin, 38°,4 ; le soir, 38°,8.

Urination : 950 grammes dans les vingt-quatre heures. 4 gr. 50 d'urée par litre. 12 centigrammes d'albumine ; principes biliaires en notable quantité.

14. Grande amélioration ; plus de vomissements ; le foie est beaucoup moins douloureux à la pression et paraît un peu moins volumineux. Prurit atténué.

Température : matin, 37°,2 ; le soir, 37°,6.

Comme tous les jours précédents, pas d'œdème et aucun prurit : aucun phénomène particulier à l'examen du cœur ou du poumon.

15. Dans la nuit a éclaté un frisson violent. Reprise des douleurs au niveau de la région hépatique. L'ictère s'est accentué surtout au niveau des sclérotiques.

Température : matin, 39°,8 ; le soir, 39°,2.

Le foie paraît avoir augmenté considérablement ; il dépasse de 4 centimètres les fausses côtes.

Urines rares : 600 grammes seulement dans les vingt-quatre heures. Leur analyse dénote une diminution considérable des principes biliaires, mais la présence d'urobiline et d'hémoglobine en notable proportion.

60 centigrammes d'albumine par litre.

Reprise des applications chaudes sur la région hépatique.

Aucun écart de régime n'explique ce renouvellement des accidents ; il n'existait pas de constipation, la vacuité du ventre étant toujours assurée au moyen de lavements et de purgation.

16. Dès le lendemain tous les accidents se sont amendés.

Températures : matin, 38°,2, le soir, 37°.

La quantité d'urine s'est élevée au moins à 1.800 grammes,

17. A partir de ce jour, la température demeure constamment très basse et ne s'élève pas au-dessus de 36 ou 36°,7. La malade est très faible, elle éprouve parfois des tendances à la syncope.

Aucune modification du côté du cœur. Il lui est donné du glycéro-phosphate de soude en solution gazeuse ; il est fait des frictions alcooliques, et chaque jour il est pratiqué une injection hypodermique de sérum de Chéron.

Cependant il se produit en même temps une amélioration notable du côté du foie, toute douleur a disparu à son niveau. Le 18, il ne dépasse plus les fausses côtes que de 4 centimètres, et, le 23, il se trouve revenu à la normale.

Dès le 24, les urines ne contiennent plus ni albumine, ni pigments biliaires. Le taux de l'urée demeure baissé à 8 grammes par litre ; la quantité d'urine émise quotidiennement est de 1.500 à 1.600 grammes. Dès lors, un régime alimentaire plus substantiel est administré. Les forces s'accroissent de jour en jour et la guérison se fait d'une façon complète.

Observation XII

Recueillie par M. Girode, interne.

(*in* thèse de Bonnet, Paris)

Femme de 43 ans. entre dans le service de M. Ribemont, le 28 mars 1884.

Neuf grossesses antérieures normales.

La grossesse actuelle (dixième) paraît dater de juillet 1883. En novembre, montée de lait ; dès ce moment, le volume du ventre demeure stationnaire. Elle n'a jamais senti remuer. Rien qui puisse inquiéter la malade jusqu'au 26 mars 1884 au matin ; à cette date commence à se produire, par les voies génitales, un écoulement très fétide accompagné de douleurs dans le bas-ventre. Ces deux phénomènes s'accusant de plus en plus, elle entre le 28 mars dans le pavillon d'accouchement.

Etat actuel. — Aspect extérieur de bonne santé, quoiqu'il y ait un peu d'embonpoint. Aucun trouble des grands appareils. L'attention est seulement attirée vers des organes génitaux.

Dès qu'on approche de la malade, et surtout en la découvant, on est frappé de l'odeur entièrement fétide et presque gangréneuse des liquides qui s'écoulent des parties génitales. On dirait d'un épithélioma du col. L'écoulement est asssez abondant, noirâtre, fluide. Pas de sang liquide, ni en caillots.

Pas de coloration violacée de la vulve.

Au toucher, dans le tiers supérieur du vagin, on retrouve une poche des eaux du volume d'un œuf, souple, faisant saillie à travers l'orifice du col dilaté comme 5 francs. L'utérus est refoulé, dur. En refoulant la poche des eaux, mais surtout en conduisant les doigts entre la lèvre antérieure et les membranes qui ne sont pas du tout adhérentes, on constate un fœtus couché transversalement et pelotonné sur le col ; sensation de gril costal et d'un membre tendant à s'engager à travers le col.

L'exploration du ventre est facile, vu la souplesse des parois.

Globe utérin arrondi, dur, régulier, remontant à trois travers de doigt environ au-dessus de la symphyse pubienne.

Douleurs intermittentes, mais à longs intervalles.

Repos ; lavages au sublimé des voies génitales, canule placée entre la poche et es lèvres du col.

29 mars. — Nuit calme. Douleurs moins caractérisées. Rupture des membranes vers deux heures. Au matin, même état général.

Par le toucher on arrive directement sur le fœtus, le doigt en précise plus nettement la situation, la consistance mollasse. Un petit membre est procident dans le vagin.

Continuation des injections, le liquide lui-même introduit sous faible pression jusque dans l'œuf.

Dans l'intervalle des lavages, l'écoulement des parties génitales est beaucoup moins abondant et moins fétide.

Temp. normale.

Le 30, au matin, même état général et local que la veille. Douleurs peu développées et rares, continuation des lavages.

A 2 h. 1/2, on trouve le fœtus entre les cuisses de la femme, qui ne s'est pas aperçue de l'expulsion. Le cordon, qui mesure à peine 1 millimètre de diamètre, a été arraché à l'ombilic, et son extrémité pend à la vulve.

Le fœtus est informe, violacé, putréfié ; on peut le rouler et le tasser comme un chiffon, poids 100 grammes.

Il est impossible de reconnaître le sexe. Age probable : 3 mois 1/2 à 4 mois. Rien n'est changé dans l'état de la malade. Pas d'écoulement sanguin. Au toucher le col est resté ouvert, le doigt y pénètre sans rien atteindre des annexes.

Le 31, le cordon a été expulsé dans la nuit. Par le toucher on trouve un col un peu plus étroit, et la pulpe de l'index atteint avec peine, à travers l'orifice, une partie mollasse qui semble être le bord placentaire.

Pendant la nuit l'écoulement est devenu plus fétide.

Même état général au matin. Temp. = 37°5.

Le soir à 3 heures, ventre douloureux spontanément et à la pression. Frisson de 20 minutes assez intense. Sueurs, faciès injecté ; après ce frisson, temp. 39°5.

On fait le lavage méthodique intra-utérin avec la sonde à double courant. Pendant l'opération la malade accuse spontanément un grand soulagement.

Température après le lavage 38°5.

Continuation des injections intra-utérines dans la soirée. A 9 heures, quelques douleurs vives et expulsion du placenta et de lambeaux de membranes, le tout d'une fétidité horrible.

Nouvelle injection.

1er avril. — Nuit calme, état général bon. Temp. 37°2.

Ecoulement par les parties génitales presque insignifiant, encore fétide. Le soir temp. 36°8.

A partir de ce moment suites absolument normales.

Observation XIII

(Résumée)

Fibrome interstitiel de l'utérus, parturiente à terme, présentation du siège. Rupture prématurée des membranes, procidence du cordon, mort et putréfaction du fœtus, tétanisation de l'utérus, physométrie. Opération de Porro. Mort.

(*Varnier, in Annales de gynéc.*, août 1901).

Le 28 mai 1899, entre à la clinique Baudelocque la nommée Jeanne B..., 33 ans, tertipare, à terme et en travail depuis plus de 24 heures.

Trois jours avant l'apparition des premières douleurs, écoulement sanguin abondant. La parturiente fait appeler la sage-femme qui constate une procidence du cordon *avec battements*. La réduction est impossible, un médecin la tente sans succès ; présentation ? Le soir un pied paraît s'engager ; quelques douleurs. Le lendemain le pied a disparu, le cordon est flétri, la température est de 39° malgré 1 gramme de quinine. Le médecin coupe alors le cordon putréfié pour écarter toute chance d'infection ; c'est alors seulement qu'il envoie la parturiente à la clinique, pensant à une grossesse gémellaire avec un enfant mort.

Temp. à l'arrivée : 39°6. P.: 128.

Mlle Roze, sage-femme en chef, constate la dureté ligneuse des parois rendant le diagnostic de présentation impossible. La présence d'une tumeur du volume d'une tête fœtale de consistance pseudo-fluctuante, non isolable de la masse utérine, fait penser à un fibrome. Auscultation négative, col dilaté : deux francs. Au-dessus de l'orifice externe, canal mou aboutissant à un orifice infranchissable dans lequel sont engagés et enserrés les deux pieds. Il s'écoule de l'utérus un liquide sanieux d'odeur cadavérique.

A 9 heures du soir, M. Varnier, appelé, constate l'impossibilité de l'extraction par les voies naturelles.

La percussion de l'utérus montre qu'il y a physométrie.

T. = 38°,8. P. = 140. Frisson prolongé, faciès grippé, cyanose.

M. Varnier se décide (sans se faire illusion sur le résultat) à pratiquer un Porro.

L'utérus est extériorisé avant que je l'incise, afin d'éviter autant que possible la pénétration du liquide putride dans le péritoine. L'incision, qui porte sur le fond, donne issue à des gaz qui s'échappent avec bruit, et un fœtus informe, ballonné par la putréfaction, pesant 2,060 grammes, ayant le volume apparent d'un fœtus de 5 kilogs.

Ablation du fibrome et fixation du pédicule à la paroi.

Pouls incomptable, cyanose persistante ; la malade revient un peu à elle, s'inquiète de son enfant. Elle saigne du nez et de la bouche.

Elle meurt à 2 h. 30 du matin le 29 mai.

A 3 trois heures de l'après midi, le 29, le cadavre est en putréfaction, celle-ci est à ce point arrivée le 30 mai et l'infiltration gazeuse si générale, que l'autopsie a été jugée inutile.

L'ensemencement et la culture du contenu de l'utérus putréfié n'a pu être fait.

CONCLUSIONS

Nous définissons la putréfaction fœtale in-utero : la désorganisation profonde, qui sous l'influence de certaines bactéries se réalise chez un fœtus ayant succombé dans la cavité utérine, et qui se caractérise par des réactions chimiques s'accompagnant d'un dégagement de gaz remarquables par leur fétidité.

La chaleur et l'humidité du milieu activent considérablement la marche de ce phénomène ; quant à l'air, s'il favorise la putréfaction, sa présence ne semble pas indispensable.

Des saprophytes aérobies et anaérobies sont les bactéries qui envahissent le cadavre fœtal pour le putréfier.

La pénétration microbienne peut se faire de deux manières :

1° L'œuf étant ouvert : directement par la déchirure ;

2° L'œuf étant intact : les bactéries arrivant jusqu'au fœtus par la voie placentaire ou à travers les membranes.

Si, d'après un grand nombre d'auteurs, les membranes et le placenta ne sont que rarement traversés par les microor-

ganismes, il n'en est pas de même une fois l'œuf mort ; ces organes, loin de former une barrière infranchissable, deviennent un excellent milieu de culture pour les saprophytes.

L'œuf peut être considéré comme fermé, alors qu'en réalité il existe une solution de continuité : rupture haute des membranes, décollement ou altération placentaire.

Toute femme ayant présenté une infection génitale profonde, surtout une métrite, est prédisposée à la putréfaction fœtale par suite des colonies bactériennes qui subsistent et vivent en saprophyte dans l'épaisseur des caduques.

La récidive est possible, peut-être les conditions qui ont présidé à la première putréfaction étant restées les mêmes.

La gravité relative du pronostic ne paraît pas du tout en rapport avec le tableau symptomatique, qui est des plus alarmants ; surtout si on la compare à la gravité de certaines infections puerpérales (streptocoque pur, etc.) où les symptômes sont si peu bruyants.

Après l'extraction du fœtus, la délivrance est en général facile, et, quoique la rétraction utérine soit souvent pénible à obtenir, il est rare que l'on ait une hémorragie. Ce phénomène paradoxal semble expliqué par la mortification des tissus dans la plaie utérine.

Dans la période post-puerpérale, nombreuses complications.

Le pronostic est toujours grave, mais une thérapeutique active et surtout précoce réduit considérablement le chiffre de la mortalité, qui peut devenir très inférieur à ce que démontrent la plupart des statistiques.

En présence d'une putréfaction fœtale : il faut immédiatement évacuer l'utérus en produisant le minimun de lésions maternelles, poursuivre énergiquement la désinfection de l'organe utérin et soutenir enfin l'état général.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 27 Mai 1902.
Le Recteur,
A. BENOIST

Vu et approuvé :
Montpellier, le 27 Mai 1902.
Le Doyen,
MAIRET

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Baudelocque. — L'art des accouchements, Paris, 1789.

Bardenet. — Mort du fœtus pendant la grossesse. Th. Paris, 1851.

Baron. — Infections gastro-intestinales du fœtus d'origine intra-utérine. Th. Paris, 1899

Bonnet.— De l'emploi du sublimé en obstétrique. Th. Paris, 1884.

Brouardel. — De la putréfaction. Gazette des Hôpitaux, 1889.

Budin. — In obst. et gynéc., 1886.

Bué.— Endométrites gravidiques. Presse médicale, 1896.

Bumm.— Arch. f. gynaek. Vol. XXXIV.

Brindeau et Macé. — Congrès de médecine, 1901.

Bouchet. — Recherches bactériolog. sur quelques cas d'affections utérines. Th. de Paris, 1897.

Chaleix-Vivies. — In Revue d'obst. de gyn. et de Pœdiat. de Bordeaux, 1900.

Chantemesse. — Bull. médical, 1891.

Chatelain. — Putréfaction fœtale intra-utérine. Th. Paris, 1883.

Cheron. — Des difficultés de la version causées par la rétraction de l'anneau de Bandl. Th. Paris, 1899.

Defouilloy. — Putréfaction intra-utérine et physométrie. Th. Nancy, 1900.

Depaul. — Archiv. de Tocologie, 1877.

Dieuzoïde. — Mort du fœtus. Dangers de putréfaction. Th. Paris, 1849.

Dubois. — Quelques cas de mort du fœtus avant terme. Gazette des Hôpitaux, 1855.

Duclaux. — Odeurs de la putréfaction. Annales de l'inst. Pasteur, 1896.

Doleris.— Endométrites et leur traitement. Nouvel. arch. d'obst. et gyn., 1895.

Gautier. — Dict. de Chim. pure et appliquée (supplément) 1869-1878

Hennig. — Métrites des femmes grosses. Société d'obst. de Leipsig, 1895.

Hergott. — Revue médic. de l'Est, 1875.

Joulin. — Thèse d'agrégation et traité d'accouchement, 1860.

Kronig. — Microbes vaginaux. Société d'obst. de Leipsig, 1895.

Lempereur. — Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans le sein maternel. Th. Paris, 1867.

Lefort. — Académie de médecine, 1867.

Lindenthal. — Etude de la Physométrie obstétrique, 1898.

Macé. — Bactériologie, 1897.

Malvoz. — Mécanisme du passage des bactéries de la mère au fœtus, 1887.

Mauriceau. — Observations sur la grossesse. Paris, 1694.

Mouginet. — Quelques bactéries de la putréfaction. Th. Nancy, 1890.

De la Motte. — Traité complet d'accouchement, 1765.

Fieux. — Trois cas de physométrie. Presse médicale, 1897.

Fitz. — Deutsch. Chem. Geselback, 1883.

Perret. — Infection du liquide amniotique. Obstétrique, 1900.

Peu. — Pratique des accouchements, 1897.

Ray Pailhade. — Recherches sur la philation, Paris, 1891.

Shorland. — London medic. and surg. Journ. 1832.

Simon Erlanger. — Zeitschrift. für Geburt. Vol. VVII.

W. Smellie. — Traité de la théorie pratique des accouchements.

Staude. — Congrès de Hambourg.

Stini. — Microbiologie de la cavité salpingo-utéro-vaginale. Th. Paris, 1897.

Stoltz et Nœgele. — Journal de méd. de Lyon, 1842.

Varnier. — Annales de gynéc., 1901.

Veaudelle. — Infection du liquide amniotique pendant la grossesse. Th. Paris, 1900.

Wallich. — Société de biologie, 1898.

Walter (Albert). — Endométrite microbienne externe. Traduct. Labusquière. Annal. de gyn. et d'obst. 1901.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Medecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.